DOCUMENT RESUME

ED 454 650 EC 308 454

| | |
|---|---|
| TITLE | Enseigner aux eleves ayant des troubles emotionnels et (ou) des psychopathologies. Elabore pour les eleves ayant des besoins speciaux (Teaching Students with Emotional Disorders and/or Mental Illnesses. Elaborated for Eligible Special Needs Students). |
| INSTITUTION | Alberta Learning, Edmonton. Direction de l'education francaise. |
| ISBN | ISBN-0-7785-1121-9 |
| PUB DATE | 2000-00-00 |
| NOTE | 179p.; For English version, see EC 308 453. "A joint collaboration with the Western Consortium for Special Education." |
| AVAILABLE FROM | Alberta Learning, 10th Floor, East Devonian Bldg., 11160 Jasper Ave., Edmonton, AL T5K 0L2 Canada; Tel: 780-422-6326; Fax: 780-422-2039; Web site: http://www.gov.ab.ca. |
| PUB TYPE | Guides - Non-Classroom (055) |
| LANGUAGE | French |
| EDRS PRICE | MF01/PC08 Plus Postage. |
| DESCRIPTORS | Aggression; Antisocial Behavior; Anxiety; Behavior Disorders; Biological Influences; Depression (Psychology); Disability Identification; Drug Therapy; Eating Disorders; Educational Strategies; Elementary Secondary Education; *Emotional Disturbances; Environmental Influences; *Etiology; Foreign Countries; French; French Canadians; Genetics; *Mental Disorders; Outcomes of Treatment; Schizophrenia; *Student Characteristics; Student Needs; *Symptoms (Individual Disorders); *Teaching Methods |
| IDENTIFIERS | Alberta |

ABSTRACT

This resource manual, in French, is designed to assist Alberta teachers in the identification and education of students with emotional disorders and/or mental illnesses. It takes a comprehensive look at six emotional disorders. The first section focuses on eating disorders. It describes the characteristics and symptoms of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating. Risk factors that may trigger the onset of eating disorders are identified, and myths surrounding food, weight, and body image are included. Section 2 presents short descriptions of seven common anxiety disorders, including separation anxiety disorder, overanxious disorder of childhood, post-traumatic stress, acute stress, obsessive compulsive disorder, anxiety disorder due to general medical conditions, and substance-induced anxiety. The following section describes different types of depression in childhood and adolescents. Section 4 presents an overview of the characteristics and causes of schizophrenia. Section 5 defines oppositional defiant disorder, describes genetic and environmental causes, and provides strategies for ensuring the safety of other students. The final section defines conduct disorder, along with genetic and environmental causes. Each section explains medical and clinical treatment options and provides strategies that teachers can use to support the education and treatment of students with the specific disorder, along with a list of annotated resources. (Each section contains references.) (CR)

Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made
from the original document.

EC

ED 454 650

# Enseigner aux élèves ayant des troubles émotionnels et (ou) des psychopathologies

## Élaboré pour les élèves ayant des besoins spéciaux

PERMISSION TO REPRODUCE AND DISSEMINATE THIS MATERIAL HAS BEEN GRANTED BY

C. Andrews

TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

1

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

☒ This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.

☐ Minor changes have been made to improve reproduction quality.

• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

En collaboration avec le Consortium de l'Ouest pour l'adaptation scolaire

Alberta
LEARNING

EC 308454



BEST COPY AVAILABLE

**DONNÉES DE CATALOGAGE AVANT PUBLICATION (ALBERTA LEARNING)**

Alberta. Alberta Learning. Direction de l'éducation française.
Enseigner aux élèves ayant des troubles émotionnels et (ou) des psychopathologies.

En collaboration avec le Consortium de l'Ouest pour l'adaptation scolaire.
ISBN 0-7785-1121-9

1. Adolescents handicapés mentaux -- Éducation -- Alberta.
2. Adolescents malades mentaux -- Éducation – Alberta 3. Enfants handicapés mentaux -- Éducation – Alberta. 4. Enfants malades mentaux -- Éducation – Alberta. I. Titre. II. Série : Élaboré pour les élèves ayant des besoins spéciaux. III. Consortium de l'Ouest pour l'adaptation scolaire.

LC4184.C2.A333 2000 371.928

Dans cette publication, les termes de genre masculin utilisés pour désigner des personnes englobent à la fois les femmes et les hommes. Ils sont utilisés uniquement dans le but d'alléger le texte et ne visent aucune discrimination.

Pour obtenir de plus amples renseignements, communiquer avec :

Direction de l'éducation française
Alberta Learning
11160, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5K 0L2
Tél. : (780) 427-2940 à Edmonton ou
Sans frais en Alberta en composant le 310-0000
Téléc. : (780) 422-1947
Courriel : DEF@edc.gov.ab.ca

Ce document est destiné aux personnes suivantes :

| | |
|---|---|
| *Élèves* | |
| *Enseignants* | ✓ |
| *Personnel administratif* | ✓ |
| *Orienteurs* | ✓ |
| *Parents* | |
| *Grand public* | |

Copyright © 2000, la Couronne du chef de la province d'Alberta, représentée par le ministre d'Alberta Learning, Alberta Learning, 11160, avenue Jasper, Edmonton (Alberta). T5K 0L2. Tous droits réservés. En vente par l'entremise du Learning Resources Distributing Centre, 12360 – 142e Rue, Edmonton, Alberta, T5L 4X9, téléphone : (780) 427-2767, télécopieur : (780) 422-9750.

Par la présente, le détenteur des droits d'auteur autorise toute personne à reproduire ce document, ou certains extraits, à des fins éducatives et sans but lucratif. La permission de traduire le matériel appartenant à une tierce partie devra être obtenu directement du détenteur des droits d'auteur de cette tierce partie.

# Table des matières

Introduction ..... 1

Troubles des conduites alimentaires ..... 13

Troubles anxieux ..... 37

Dépression ..... 71

Schizophrénie ..... 99

Trouble oppositionnel avec provocation ..... 119

Trouble des conduites ..... 147

# INTRODUCTION

Le personnel des écoles, les parents et les autres personnes qui s'occupent des enfants et des adolescents s'inquiètent de plus en plus du nombre croissant de jeunes qui présentent de graves troubles du comportement. Ces comportements peuvent empêcher ces élèves de bien réussir à l'école, de développer une image d'eux-mêmes favorable ou d'entretenir des relations positives avec leurs pairs, les membres de leur famille et de leur communauté. Ces comportements peuvent également nuire à l'apprentissage des autres élèves de la classe. Il arrive parfois que ces comportements inadaptés soient attribuables à des troubles émotionnels ou à des psychopathologies.

Le champ de connaissances des professionnels de la santé s'est élargi au fil des ans et par conséquent, il est maintenant possible de diagnostiquer, avec plus de précision, des troubles émotionnels ou des psychopathologies qui débutent au cours de la petite enfance ou à l'adolescence. Ainsi, la dépression et la schizophrénie peuvent maintenant être diagnostiquées pendant l'enfance, tandis qu'auparavant, l'on croyait que ces maladies n'affligeaient que les adultes. Par ailleurs, les professionnels de la santé ont déterminé que de nouveaux troubles émotionnels, comme l'anorexie et l'anxiété, touchent également les enfants et les adolescents.

Ces troubles et psychopathologies ont des répercussions aussi bien sur les classes ordinaires que sur les classes qui se consacrent à l'éducation de l'enfance en difficulté. Les élèves aux prises avec des troubles émotionnels ou des psychopathologies sont plus susceptibles de donner un mauvais rendement à l'école, de décrocher de l'école, de se renfermer et de faire des tentatives de suicide voire même de se suicider. Les élèves atteints de ces troubles présentent des symptômes et des comportements gênants, non seulement pendant leurs années scolaires, mais aussi pendant leur vie d'adulte. Si les diagnostics sont posés assez tôt et que le traitement est prodigué sans tarder, le rendement des personnes atteintes de ces troubles peut s'améliorer considérablement.

Il incombe aux spécialistes de la santé de faire le diagnostic de ces troubles et de déterminer les meilleures méthodes de traitement clinique. Pour leur part, les enseignants peuvent jouer un rôle important lorsque vient le temps d'aider à déceler ces troubles et maladies et à intervenir en classe.

Les enseignants :

- peuvent déterminer, souvent aux premiers stades, les élèves qui sont à risque;
- connaissent les comportements qui sont susceptibles d'entraîner la réussite à l'école ou d'y nuire;
- sont en mesure de faire part aux parents de divers renseignements qui peuvent permettre de repérer les signes et les symptômes rapidement;
- peuvent fournir des renseignements très importants aux parents et aux professionnels de la santé à propos de la réponse d'un élève à un traitement;
- peuvent contribuer à la réussite des élèves de manière significative;
- peuvent établir des attentes raisonnables pour les élèves ayant des troubles quelconques;
- peuvent se faire les défenseurs des élèves atteints de troubles émotionnels ou de psychopathologies.

Les enseignants peuvent également aider en prenant note de divers incidents. Lorsqu'il existe des notes sur les interactions de ces élèves en classe ou dans la cour de récréation, sur leurs changements de comportement, d'humeur ou d'attitude ainsi que sur leurs excès de nature verbale, émotionnelle ou physique, les professionnels de la santé et les parents disposent de renseignements supplémentaires qui leur permettent d'étayer leurs diagnostics et d'aboutir à une thérapie convenable. Parfois, l'analyse de ces notes aide à déterminer :

- si les actes ou les perturbations de ces élèves sont normaux pour ce groupe d'âge ou s'ils sont hors de l'ordinaire;
- s'ils sont isolés ou s'ils se produisent de plus en plus souvent;
- s'ils se produisent au hasard ou s'ils suivent un certain modèle;
- s'ils sont déclenchés par certaines situations.

Lorsque les enseignants et les autres membres du personnel éducatif travaillant avec l'élève prennent note d'incidents, ils devraient penser à faire ce qui suit :

- décrire, de manière objective, la situation ou l'incident et s'abstenir de porter des jugements de valeur ou d'arriver à des conclusions hâtives. Par exemple, l'enseignant devrait écrire :

« À l'aide de ses mains et de ses pieds, Suzanne a fait tomber les chaises et les tables » et non pas « Suzanne a fait une crise de nerfs et elle a renversé les tables et les chaises avec violence ». Voici un autre exemple : « Jean s'est mis la tête sur le pupitre, les deux mains sur la tête et a pleuré fort pendant cinq minutes lorsqu'on lui a demandé de remettre son travail de mathématiques » plutôt que « Je crois que Jean nous a fait du théâtre à l'excès en pleurant pour dissimuler le fait qu'encore une fois, il n'avait pas terminé son travail de mathématiques »;

- inscrire la date, l'heure et le lieu de l'observation ou de l'incident;
- inclure le nom des autres personnes présentes;
- prendre des notes le plus tôt possible après l'incident ou l'observation.

## Collaboration et documentation

Le rendement et la réussite scolaire de tous les élèves sont profondément influencés par la relation qui existe entre l'école et la maison, que cette influence soit positive ou négative. Lorsque la relation entre l'école et la maison évolue sous le signe de l'efficacité et de la collaboration, les élèves qui font face à des défis ou à des circonstances difficiles ont ainsi accès au soutien et à l'harmonie nécessaires. Cette relation d'interdépendance revêt une importance primordiale pour les élèves aux prises avec des troubles émotionnels ou des psychopathologies.

Pour renforcer cette relation et la soutenir, les enseignants et les autres membres du personnel de l'école qui fournissent des services aux élèves doivent :

- faire en sorte que les parents des élèves jouent le rôle de partenaires dans l'éducation de leurs enfants;
- communiquer ouvertement avec les parents, le faire fréquemment, de manière officielle et officieuse;
- traiter les parents avec respect et dignité;
- reconnaître et accepter les décisions que prennent les parents à l'égard du diagnostic et du traitement de leurs enfants, puisqu'elles reflètent leurs meilleures intentions envers leurs enfants;
- dans la mesure du possible, établir des routines et des attentes cohérentes qui portent fruits pour les élèves, tant à la maison qu'à l'école;
- faire en sorte que les parents soient au courant des services de soutien offerts à leurs enfants à l'école et dans leur conseil scolaire;
- faire part aux parents des progrès réalisés par leurs enfants, de leurs réalisations et de leurs difficultés;

- avec les parents, fixer des objectifs et des échéanciers réalistes et accessibles pour ces élèves;
- dans le cadre de la planification, inclure les élèves, surtout ceux qui sont plus âgés, lorsque c'est justifié de le faire.

Souvent, les élèves atteints de troubles émotionnels et (ou) de psychopathologies ainsi que les membres de leur famille font affaire avec des professionnels de la santé et d'autres organismes communautaires. Pour donner lieu à l'épanouissement des élèves sur le plan scolaire, il vaut mieux que toutes les personnes concernées travaillent d'un commun accord. L'élaboration collective d'un plan d'intervention personnalisé (PIP) permet de tenir compte de tous les aspects critiques des besoins.

Un PIP devrait être préparé lorsque les stratégies d'enseignement ou les lignes de conduite habituelles de l'enseignant ainsi que leurs variantes ne permettent pas d'aider les élèves à réussir et à fonctionner à un niveau convenable en fonction de leur âge ou de leur année scolaire. Même s'il existe plusieurs façons d'établir ou de rédiger un PIP, l'information essentielle qui doit faire partie d'un PIP efficace doit être cohérente.

Les PIP doivent être des documents de travail écrits présentant une certaine souplesse. Ils doivent tenir compte des éléments suivants :
- le niveau de rendement scolaire évalué;
- les points forts de l'élève et ses besoins;
- les buts à long terme et les objectifs à court terme;
- les méthodes d'évaluation des objectifs à court terme;
- les services d'éducation à l'enfance en difficulté qui sont offerts ainsi que les services connexes;
- les dates fixées pour l'analyse, les résultats et les recommandations;
- les renseignements médicaux pertinents;
- les adaptations nécessaires en classe (c'est-à-dire les changements devant être apportés aux stratégies d'enseignement, aux méthodes d'évaluation, au matériel, aux ressources, aux installations ou à l'équipement);
- les plans de transition.

D'un élève à l'autre, la composition de l'équipe du PIP varie selon le trouble en question et son ampleur. Outre l'enseignant de la classe, les personnes suivantes pourraient faire partie de l'équipe :
- l'élève, si c'est convenable;
- les parents de l'élève, ses parents nourriciers, ses tuteurs, ses gardiens ou les représentants de son foyer de groupe;

- un psychologue;
- le médecin de famille, le pédiatre ou le psychiatre de l'élève;
- un professionnel des soins de la santé mentale;
- un travailleur social;
- un agent de probation;
- un conciliateur;
- un physiothérapeute;
- un orthophoniste;
- un ergothérapeute;
- une infirmière de la santé publique;
- un administrateur de l'école;
- un auxiliaire de programme;
- un conseiller de l'école;
- les enseignants des matières obligatoires;
- un enseignant spécialisé;
- une personne-ressource de l'école;
- un expert-conseil.

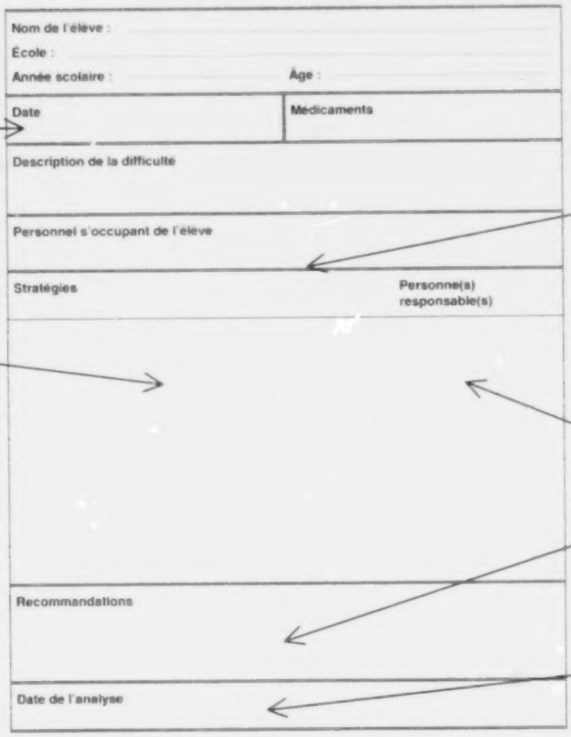
La troisième publication de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, qui est intitulée *Plans d'intervention personnalisés* a été publiée par la Special Education Branch de Alberta Education. Elle renferme l'information essentielle à un PIP, le processus d'élaboration d'un PIP, des échantillons et des exemples de formulaires.

Il est très important que le personnel de l'école, les membres de la famille, les professionnels de la santé et les conciliateurs de la communauté travaillent de concert pour que les élèves aient accès au soutien nécessaire et au meilleur milieu d'apprentissage possible.

Les membres de cette équipe peuvent s'épauler ainsi :
- en développant la confiance et en favorisant la compréhension du rôle que joue chaque personne;
- en partageant l'information nouvelle concernant les troubles, les médicaments, les effets secondaires et les structures de comportement;
- en établissant des routines et des pratiques communes et en faisant en sorte que les attentes soient cohérentes à la maison, à l'école et dans la communauté.

L'équipe peut se servir de la fiche suivante pour prendre note des stratégies qui sont mises en œuvre et pour les analyser.

**Fiche documentaire**




La date de la réunion de l'équipe

Les enseignants, les autres membres du personnel de l'école, comme les auxiliaires ou les conseillers, les professionnels de la santé, les partenaires de la communauté et les parents ou les pourvoyeurs de soins qui participent au programme de l'élève.

Description des stratégies particulières pouvant être mises à l'essai à la maison et (ou) à l'école, comme une technique de modification du comportement. Cela pourrait comprendre un changement de médicament ou de dose, l'adoption d'une thérapie particulière, ou la réorganisation du milieu d'apprentissage physique ou de l'aménagement de la maison.

Le membre de l'équipe responsable de la mise en œuvre de la stratégie adoptée.

Les recommandations découlant de l'analyse

La date de réunion de l'équipe pour analyser et évaluer les progrès

(Un exemplaire à reproduire se trouve à la page 12.)

10

## Idées morbides et suicidaires

Chacun des troubles peut être accompagné d'idées morbides ou suicidaires. Celles-ci peuvent se manifester sous la forme de nouveaux symptômes ou comme une conséquence de la psychopathologie. Bien que le suicide soit rare chez les enfants de moins de 12 ans, il arrive qu'il se produise. L'incidence de mortalité attribuable au suicide augmente considérablement à l'adolescence. C'est le groupe de jeunes compris entre 15 et 24 ans qui présente le plus de risques.

Les idées morbides peuvent laisser présager un risque de suicide. Dans un tel cas, il vaut mieux que l'élève subisse une évaluation effectuée par un conseiller de l'école formé en conséquence ou par un autre professionnel de la santé mentale. Lorsque vous vous adressez à un élève qui vous semble suicidaire, essayez de déterminer si l'élève a un plan concret, quels en sont les détails et si l'élève dispose des moyens nécessaires pour mettre son plan à exécution.

Voici d'autres facteurs à considérer pour tâcher d'évaluer si un élève est suicidaire.[1]

**Symptômes** — Un élève presentant de grands risques peut présenter un ou plusieurs des symptômes suivants :

- un trouble dépressif, d'autres psychopathologies ou des troubles socioémotionnels;
- des changements de comportement soudains; par exemple, passer de l'enthousiasme à l'indifférence;
- les comportements à risque – la consommation de substances, la débauche sexuelle, l'agressivité, l'automutilation, le décrochage de l'école, l'abandon du foyer, la passion du jeu, une conduite irresponsable sur la route, etc.;
- une préoccupation envers la mort dans les textes que l'élève rédige, dans ses paroles, dans la musique qu'il écoute; des références directes ou indirectes au suicide;
- les préparatifs en vue de la fin; par exemple, l'élève se défait de ses biens les plus chers.

**Agents stressants** — Les agents stressants suivants peuvent donner lieu à des risques élevés :

- une perte importante ou un événement traumatisant; par exemple, la mort d'une personne chère, la séparation ou le divorce des parents, la fin d'une relation étroite, la perte d'un emploi, un déménagement;
- les signes d'une famille perturbée;

---

[1] Tiré de *Suicide prevention and intervention* (aucune pagination), du ministère de l'Éducation et de la Formation de la Saskatchewan.

- des pressions injustifiées: par exemple, en ce qui a trait au rendement sportif et (ou) scolaire, de trop grandes responsabilités.

La perception qu'a l'élève de la situation peut être plus importante que l'événement ou la circonstance ne l'est en réalité. Plus la situation semble désespérée et insurmontable pour l'élève, plus le risque est grand.

**Ressources** — L'élève a-t-il un certain nombre d'amis, de membres de sa famille ou de la communauté dont il est proche, auxquels il peut se confier et sur lesquels il peut compter pour obtenir de l'aide? Plus l'élève est isolé, plus les risques de suicide sont élevés.

**Tentatives de suicide —** Parlez à l'élève de ses tentatives de suicide, à savoir quand il les a faites, pourquoi et comment. La personne qui a déjà essayé de se suicider est plus susceptible de faire d'autres tentatives.

**État actuel —** Déterminez l'état mental et physique actuel de l'élève en observant les changements soudains de comportement, d'attitude, de personnalité et de discours, ou en écoutant ce que les autres ont à dire à ce sujet. L'élève présentant de grands risques est susceptible d'être agité ou irrationnel, d'exprimer un désespoir extrême ou d'être désespéré. De même, l'élève qui a décidé de s'enlever la vie peut sembler calme, soulagé et même heureux après avoir vécu une période de détresse remarquable.

Le personnel de tous les échelons de l'école devrait accorder de l'importance aux aspects suivants d'un programme de prévention efficace du suicide. Il devrait y avoir :

- **une sensibilisation du personnel** afin de transmettre des connaissances générales sur le suicide, y compris les signes, les symptômes, les comportements à risques élevés et les ressources communautaires qui existent;
- **des politiques et des marches à suivre à l'école** pour intervenir dans le cas des élèves présentant des risques élevés de tentatives de suicide et de mort par le suicide;
- **sensibilisation des élèves** afin de leur présenter des renseignements généraux sur le suicide et sur ses signes, de leur montrer la façon de reconnaître les élèves à risque et comment les aider, de les inciter à adopter des stratégies efficaces de prise de décisions et de prise en charge et de leur faire part des ressources qui existent dans la communauté.

## RAISON D'ÊTRE DE CE DOCUMENT ET VUE D'ENSEMBLE

Le document *Enseigner aux élèves ayant des troubles émotionnels et (ou) des psychopathologies* a été préparé dans le but de répondre à un besoin exprimé par les enseignants et par d'autres membres du personnel des écoles. Ces derniers souhaitaient avoir accès à un ouvrage de référence concis et complet s'appuyant sur des faits. Le cadre conceptuel part d'un principe connu selon lequel chaque élève a des problèmes uniques.

Cet ouvrage aborde en détail six troubles émotionnels ou psychopathologies, soit les troubles des conduites alimentaires, les troubles anxieux, la dépression, la schizophrénie, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. Dans chaque chapitre on présente des définitions, des traitements médicaux et cliniques, des stratégies à adopter en classe pour venir en aide aux élèves atteints de ces troubles ainsi qu'une bibliographie annotée.

Lorsque vous lisez l'aperçu des divers troubles ainsi que les sections individuelles, et lorsque vous travaillez avec des élèves atteints de troubles émotionnels et (ou) de psychopathologies, il est important de vous rappeler que chaque élève est unique en son genre. Les enseignants emploient des expressions comme « trouble d'apprentissage » ou « trouble de comportement », tandis que les professionnels de la santé recourent à des termes comme « anorexique » ou « schizophrénique » lorsqu'ils posent leur diagnostic d'apprentissage et leur diagnostic médical. Le but de ces étiquettes consiste à décrire brièvement une série de caractéristiques, de symptômes et de comportements généralement acceptés en rapport avec le trouble en question. Les personnes qui sont atteintes d'un certain trouble n'affichent pas nécessairement toutes les mêmes caractéristiques. Chaque personne aux prises avec un trouble émotionnel et (ou) avec une psychopathologie peut présenter quelques-unes des caractéristiques ou un grand nombre d'entre elles, à divers degrés de sévérité et de fréquence qui peuvent varier avec le temps et avec l'âge. Il est important de considérer l'élève comme une personne complète et complexe, dotée de forces et de besoins particuliers, et non pas de s'attarder aux caractéristiques qui sont associées aux étiquettes. Même si les étiquettes nous aident à décrire les troubles d'apprentissage et émotionnels, les enfants représentent bien plus que l'étiquette qu'on leur appose.

Les descripteurs des diagnostics des troubles dont il est question dans cet ouvrage ont été tirés du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e^ édition) (DSM-IV). Nous nous sommes

efforcés de présenter les importants facteurs à considérer sans reproduire les critères du DSM-IV au complet. Pour obtenir des renseignements plus détaillés, le lecteur devrait consulter le DSM-IV.

Voici un bref aperçu de chacun des six troubles abordés dans ce document.

## Troubles des conduites alimentaires

Dans cette section, nous définissons trois des principaux troubles des conduites alimentaires, soit l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Nous présentons les caractéristiques et les symptômes de ces trois troubles, de même que le cycle d'auto-maltraitance. Nous nous entretenons des facteurs de risque qui sont susceptibles de provoquer le début des troubles. Nous abordons notamment les mythes concernant la nourriture, le poids et l'image corporelle. Nous résumons les traitements médicaux et cliniques actuels et nous présentons des stratégies auxquelles les enseignants peuvent recourir pour aider les élèves aux prises avec des troubles des conduites alimentaires. De plus, nous fournissons une bibliographie annotée destinée aux enseignants, aux élèves et aux membres de leur famille.

## Troubles anxieux

Dans cette section, nous décrivons brièvement sept des troubles anxieux les plus courants, dont le trouble anxiété de séparation, le trouble hyperanxiété, l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble anxieux dû à une affection médicale générale et le trouble anxieux induit par une substance. Nous abordons également certaines phobies spécifiques et sociales. Nous étudions les déclencheurs courants ainsi que des traitements médicaux et cliniques. Nous présentons des stratégies auxquelles les enseignants peuvent recourir pour étayer l'éducation et le traitement des élèves aux prises avec des troubles anxieux. Nous fournissons également une bibliographie annotée.

## Dépression

Dans cette section, nous décrivons différents types de dépression qui affligent les enfants et les adolescents. Nous abordons les déclencheurs courants et énumérons les caractéristiques, comme l'évitement social et les sentiments de culpabilité. Nous faisons ressortir les traitements médicaux et cliniques actuels, de même que les techniques qui aident à maîtriser la dépression. Nous présentons également des lignes directrices pour que les enseignants

sachent comment s'adresser aux parents et des stratégies permettant de venir en aide aux élèves dépressifs. De plus, nous fournissons une bibliographie annotée destinée aux enseignants, aux élèves et aux membres de leur famille.

### Schizophrénie

Dans cette section, nous présentons une vue d'ensemble des caractéristiques et des causes de cette maladie mentale peu courante. Nous soulignons les défis que doivent relever les membres de la famille et le personnel de l'école. Nous décrivons les traitements médicaux et cliniques et nous présentons des stratégies pour enseigner aux élèves atteints de schizophrénie et pour les aider.

### Trouble oppositionnel avec provocation

Dans cette section, nous définissons le trouble oppositionnel avec provocation et nous le comparons au trouble des conduites qui est plus grave. Nous décrivons les causes génétiques et environnementales de même que les options de traitement médical et clinique. Nous mettons l'accent sur l'importance du travail en équipe et nous présentons des stratégies en vue de l'élaboration de plans d'intervention personnalisés (PIP) et de plans de comportement. Nous énumérons des stratégies pour travailler avec les parents et pour structurer des expériences réussies en classe pour les élèves atteints de ce trouble émotionnel. Nous abordons également les stratégies permettant d'assurer la sécurité des autres élèves et nous présentons une bibliographie annotée de matériel d'enseignement.

### Trouble des conduites

Dans cette section, nous définissons le trouble des conduites et nous le comparons au trouble oppositionnel avec provocation. Cette section est présentée de la même façon que celle portant sur le trouble oppositionnel avec provocation, en ce sens que nous y décrivons les causes génétiques et environnementales de même que les options de traitement médical et clinique. Nous mettons l'accent sur l'importance du travail en équipe et nous présentons des stratégies en vue de l'élaboration de plans d'intervention personnalisés (PIP) et de plans de comportement. De plus, nous présentons des stratégies afin de travailler avec les parents et pour structurer des expériences réussies en classe pour les élèves atteints de ce trouble émotionnel. Nous abordons également les stratégies permettant d'assurer la sécurité des autres élèves et nous présentons une bibliographie annotée de matériel d'enseignement.

## Fiche documentaire

| | |
|---|---|
| Nom de l'élève : ____________________ | |
| École : ____________________ | |
| Année scolaire : ____________ | Âge : ____________ |
| Date | Médicaments |
| Description de la difficulté | |
| Personnel s'occupant de l'élève | |
| Stratégies | Personne(s) responsable(s) |
| | |
| Recommandations | |
| Date de l'analyse | |

# TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

## TABLE DES MATIÈRES


Troubles des conduites alimentaires .......... 14
Caractéristiques .......... 15
Anorexie mentale .......... 15
Boulimie .......... 15
Hyperphagie boulimique .......... 16
Signes et symptômes des troubles des conduites alimentaires . 17
Cycle d'auto-maltraitance .......... 19
Facteurs de risque .......... 21
Culture .......... 22
Famille .......... 22
Situation personnelle .......... 23
Biologie .......... 23
Mythes au sujet de l'alimentation, du poids et de l'image du corps .......... 24
Traitements médicaux et cliniques .......... 24
Hospitalisation .......... 25
Médicaments .......... 25
Thérapie alimentaire .......... 26
Soins dentaires .......... 26
Psychothérapie .......... 26
Thérapie individuelle .......... 26
Thérapie de groupe .......... 27
Thérapie familiale .......... 27
Stratégies pour aider les élèves ayant des troubles des conduites alimentaires à l'école .......... 27
Stratégies de prévention primaire .......... 28
Stratégies de prévention secondaire .......... 29
Stratégies pour aider les élèves aux prises avec des troubles des conduites alimentaires en classe .......... 31
Bibliographie .......... 34
Sites Internet .......... 34
Livres et revues .......... 34

## Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires sont des maladies qui se manifestent en raison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux complexes. Souvent, ces troubles laissent sous-entendre que des problèmes n'ont pas été réglés. Ces problèmes semblent trop difficiles ou pénibles pour pouvoir être affrontés directement. Tous les troubles des conduites alimentaires sont caractérisés par de graves perturbations du comportement alimentaire.

Bien que les troubles des conduites alimentaires se manifestent surtout chez les filles et les femmes, les garçons et les hommes peuvent également en être atteints. Il semblerait que le nombre d'hommes faisant face à des troubles des conduites alimentaires augmente. Toutefois, cette constatation découle peut-être du fait que de plus en plus d'hommes cherchent à se faire traiter.

Voici les trois troubles des conduites alimentaires les plus courants :

- *l'anorexie mentale* — ce qui signifie la « perte nerveuse d'appétit ». C'est le refus de maintenir un poids corporel minimum normal, le poids pouvant être inférieur à 85 pour cent du poids considéré comme normal pour l'âge et pour la taille;
- *la boulimie* — il s'agit d'épisodes d'ingestion très rapide d'aliments (20 000 calories pendant un épisode), suivis de comportements de vomissement ou de prise de purgatifs comme les vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements ou d'autres médicaments, ou encore, suivis de périodes de jeûne ou d'exercices physiques excessifs afin de contrecarrer les gains de poids. Selon les résultats de recherches, le taux d'incidence de ce trouble augmente plus rapidement que dans le cas de l'anorexie;
- *l'hyperphagie boulimique* — il s'agit d'épisodes d'ingestion de grandes quantités d'aliments pendant une courte période, ce qui entraîne un gain de poids, l'obésité et un sentiment de perte de contrôle en matière d'alimentation. Les comportements compensatoires, comme la prise de purgatifs ou les exercices physiques excessifs sont absents la plupart du temps.

L'âge moyen du début de chacun de ces troubles varie du milieu à la fin de l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte. Cependant, des signes de perturbation du comportement alimentaire, comme une préoccupation avec le poids, la taille corporelle et les régimes alimentaires, peuvent se manifester chez des élèves plus jeunes.

## CARACTÉRISTIQUES

Les caractéristiques ou les signes et les symptômes de chacun des troubles suivants sont tirés en partie du manuel diagnostique de l'American Medical Association intitulé *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition) (DSM-IV)[1] et d'un guide publié par l'organisme Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. (ANRED).[2] Nous faisons mention des critères du DSM-IV relativement aux troubles des conduites alimentaires uniquement dans le but d'aider les enseignants à reconnaître les symptômes. Ils ne sont pas fournis à des fins diagnostiques. Comme dans le cas d'autres troubles mentaux complexes, le diagnostic et le traitement incombent aux professionnels et aux médecins spécialisés dans les maladies mentales.

### Anorexie mentale

Parmi les critères diagnostiques du DSM-IV, notons :

- le refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille;
- la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale;
- l'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, l'influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou le déni de la gravité de la maigreur actuelle.

### Boulimie

Parmi les critères diagnostiques du DSM-IV, notons :

- la survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »), se produisant au moins deux fois par semaine pendant trois mois, et caractérisées ainsi :
  - absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances;
  - le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise, et le sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange;
- des comportements inappropriés et récurrents (dits compensatoires) visant à prévenir la prise de poids tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne ou exercice physique excessif;

---

[1] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition) (p. 633–647), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

[2] Tiré de *Eating and exercise disorders handbook* (p. 1–4), de J.B. Rubel, 1992, Eugene, Oregon, Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc.

- l'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

## Hyperphagie boulimique

Bien que le DSM-IV ne fasse pas mention de critères diagnostiques spécifiques pour ce trouble, voici la liste des caractéristiques qui a été présentée dans une ébauche de document de l'University Health Services, University of Alberta Hospitals.[3] Ce qui différencie l'hyperphagie boulimique de la boulimie, c'est l'absence de comportements compensatoires.

Les caractéristiques sont les suivantes :

- des crises de boulimie (« binge eating ») récurrentes, se produisant au moins deux fois par semaine pendant six mois, et caractérisées par ce qui suit :
  - l'absorption, dans une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances;
  - le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise et le sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange;
- pendant les épisodes, au moins trois des caractéristiques suivantes se manifestent :
  - le sujet mange beaucoup plus vite qu'à l'habitude;
  - il mange jusqu'à ce qu'il ait un inconfort physique;
  - il absorbe de grandes quantités de nourriture même s'il n'a pas faim;
  - il consomme de grandes quantités de nourriture pendant la journée, sans heures de repas planifiées;
  - il mange seul parce que la quantité de nourriture qu'il ingurgite le met mal à l'aise;
  - il se sent dégoûté, déprimé ou coupable après une crise;
- l'absence de comportements compensatoires, ce qui signifie que le gain de poids est plus plausible.

Dans le tableau suivant, nous présentons les signes et les symptômes que les enseignants sont susceptibles d'observer chez les élèves et (ou) que l'élève, les autres élèves de la classe, les parents ou d'autres membres de sa famille sont susceptibles de signaler.[4]

---

[3] Tiré de *Food, weight and body image background information* (ébauche), University Health Services, University of Alberta Hospitals, le 17 juillet 1995, Edmonton, Alberta

[4] Adapté de *Eating and exercise disorders handbook* (p. 1–4), de J.B. Rubel, 1992, Eugene, Oregon, Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc.

## Signes et symptômes des troubles des conduites alimentaires

| | *Anorexie mentale* | *Boulimie* | *Hyperphagie boulimique* |
|---|---|---|---|
| **Comportements**<br>Ce qu'un enseignant peut observer<br>**(ou)**<br>ce qui peut être signalé par un élève aux prises avec un trouble des conduites alimentaires, par un autre élève ou par les parents de l'élève. | *L'élève :*<br>– refuse de manger, sauf pour ce qui est de petites quantités de quelques aliments « sans problème »;<br>– suit un régime malgré une insuffisance de poids;<br>– fait le marché et cuisine pour les autres, mais ne mange pas;<br>– est obsédé par les plans de repas, consigne le nombre de calories ingurgitées dans un carnet;<br>– pèse et mesure les aliments, de façon compulsive;<br>– met sa nourriture en réserve et la cache dans son casier ou son sac à dos;<br>– fait d'étranges combinaisons de nourriture et de condiments;<br>– fait de l'exercice de façon compulsive;<br>– dissimule son corps sous diverses épaisseurs de vêtements amples;<br>– se tient à l'écart des autres et évite les situations sociales;<br>– insiste pour dire qu'il est gros même s'il est mince au point d'en être alarmant;<br>– n'avoue pas que quelque chose ne va pas, devient maussade, coléreux ou sur la défensive lorsqu'on s'inquiète de lui. | *L'élève :*<br>– mange de grandes quantités de nourriture rapidement;<br>– ingurgite, en secret, des « gâteries interdites »;<br>– préfère les aliments à haute teneur en gras ou en sucre lorsqu'il fait ses crises de boulimie;<br>– essaie de contrecarrer ses excès en se faisant vomir, en faisant de l'exercice, en jeûnant ou en faisant un emploi abusif de laxatifs et de diurétiques;<br>– peut faire des vols à l'étalage, faire des achats excessifs, avoir une dépendance à l'alcool, consommer des drogues illégales ou avoir les mœurs faciles;<br>– quitte l'école tôt dans la journée;<br>– a un taux d'absentéisme de plus en plus élevé. | *L'élève :*<br>– fait des crises de boulimie pendant les périodes de stress, d'excitation ou de perte;<br>– grignote au cours de plusieurs heures;<br>– peut trop manger à l'heure des repas, mais pas toujours;<br>– en général, ne mange pas trop en présence des autres;<br>– préfère des aliments « réconfortants » à forte teneur en sucre et en gras;<br>– suit un régime, se sent affamé, mange trop et a le sentiment de ne plus contrôler la situation;<br>– mange pour réduire le stress et noyer ses peines. |

## Signes et symptômes des troubles des conduites alimentaires (suite)

| | *Anorexie mentale* | *Boulimie* | *Hyperphagie boulimique* |
|---|---|---|---|
| **Déclarations**<br>Ce qu'un enseignant peut entendre directement de l'élève lorsqu'il discute de ses préoccupations<br>**(ou)**<br>indirectement, dans le cadre des interactions de l'élève avec ses pairs. | *L'élève dit :*<br>– « Je suis trop grosse. Je serai plus heureuse lorsque je serai plus mince. »<br>– « Ce qui importe le plus au monde, c'est d'être mince. »<br>– « Je n'ai pas faim. Ça va. Je maîtrise la situation. » | *L'élève dit :*<br>– « Je veux arrêter mes crises de boulimie et mes vomissements, mais j'ai peur de prendre du poids si j'arrête. »<br>– « Quand je commence à manger, je n'ai pas l'impression de pouvoir m'arrêter. »<br>– « Je veux que les gens m'aiment, mais j'ai peur quand ils s'approchent trop de moi. » | *L'élève dit :*<br>– « Je suis seul. Je vais manger. La nourriture, c'est l'amour. »<br>– « Je suis tendu. Je vais manger. La nourriture me réconforte. »<br>– « J'ai eu une bonne journée aujourd'hui. Je vais manger. C'est ma récompense. »<br>– « Quelque chose ne tourne pas rond chez moi. Je n'ai pas de volonté. »<br>– « Je n'ai pas le contrôle. Je suis une mauvaise personne. Je suis bon à rien. » |
| **Sentiments**<br>Ce qu'un enseignant peut observer à partir des interactions de l'élève, et ce qu'il a confirmé en explorant avec ce dernier les inquiétudes de l'élève avec ce dernier. | *L'élève :*<br>– est inadapté, anxieux, inutile, déprimé, désespéré;<br>– est furieux, irritable, maussade, rancunier, rebelle, opiniâtre;<br>– est triste, solitaire, démuni;<br>– est dévalorisé, peut être suicidaire;<br>– a une peur constante de prendre du poids, sentiment susceptible de dissimuler tous ceux qui précèdent. | *L'élève :*<br>– perd le contrôle pendant ses crises de boulimie;<br>– est mal à l'aise, coupable, honteux, dévalorisé;<br>– est déprimé, désespéré, suicidaire parfois;<br>– a peur de se faire découvrir;<br>– est solitaire – veut des amis et des relations, mais a peur d'être proche des autres. | *L'élève :*<br>– est mal à l'aise, coupable, honteux et dévalorisé;<br>– est déprimé, suicidaire parfois;<br>– peut craindre d'être proche des autres. |

22

## Signes et symptômes des troubles des conduites alimentaires (suite)

| | *Anorexie mentale* | *Boulimie* | *Hyperphagie boulimique* |
|---|---|---|---|
| **Symptômes physiques** Ce qu'un enseignant peut observer **(ou)** ce qui a été signalé par un pair ou les parents. | *Les symptômes sont :*<br>– faim, besoin insatiable de nourriture, obsession face aux aliments, et dans bien des cas, alimentation excessive;<br>– peau sèche et écailleuse qui peut être de couleur jaunâtre ou grisâtre;<br>– cheveux minces, sans éclat et cassants;<br>– est squelettique, n'a pas de muscles ou de gras;<br>– n'est plus menstruée;<br>– mains et pieds glacés, a froid lorsque les autres ont chaud;<br>– duvet sur le visage, les membres et le corps;<br>– déminéralisation des os, prédisposition aux fractures;<br>– constipation, malaise de digestion, ballonnement abdominal;<br>– déshydratation, crampes musculaires, tremblements;<br>– problèmes dentaires. | *Les symptômes sont :*<br>– fluctuation de poids causée par les régimes et les crises de boulimie qui se succèdent;<br>– glandes enflées dans le cou, sous la mâchoire;<br>– perte de l'émail dentaire, vaisseaux sanguins fissurés dans le visage et les yeux, yeux pochés causés par les vomissements;<br>– déshydratation, évanouissements, tremblements, vision trouble;<br>– emploi abusif de laxatifs, intestin abîmé;<br>– indigestion, crampes, malaises abdominaux, ballonnement, gaz, constipation;<br>– dépression suicidaire. | *Les symptômes sont :*<br>– gain de poids, obésité parfois;<br>– risque accru de problèmes aux os et aux articulations, avec prédisposition aux fractures. |

### CYCLE D'AUTO-MALTRAITANCE

Les éléments qui déclenchent le début de ces troubles dépendent à la fois du trouble et de l'élève concerné. Dans le cas de l'anorexie, il peut s'agir d'un événement stressant dans la vie de l'élève, comme le fait de changer d'école ou le divorce de ses parents. Dans le cas de la boulimie, le premier épisode peut se produire pendant ou après une période de régime, lorsque l'élève se sent privé de quelque chose. Souvent, l'hyperphagie boulimique devient une façon normale de réagir au stress et à des sentiments de solitude et de déception, ou encore une façon de se récompenser.


BEST COPY AVAILABLE

Marchuk[5] laisse entendre que les troubles des conduites alimentaires peuvent se déplacer sur un continuum de gravité, qui va d'une personne mangeant normalement jusqu'à l'apparition réelle de la boulimie ou de l'anorexie. Cependant, le sujet ne passe pas nécessairement par toutes les étapes (et peut-être même par aucune des étapes) avant de développer un trouble des conduites alimentaires. Par exemple, à lui seul, le début de la puberté – ainsi que les changements corporels qui l'accompagnent – peut déclencher un trouble des conduites alimentaires, surtout si d'autres facteurs de risque entrent en jeu. (Les facteurs de risque sont décrits à la section suivante.) Le schéma ci-dessous illustre ce continuum.

## Le continuum de gravité des troubles des conduites alimentaires

**1. Personne qui mange normalement**
Il s'agit de l'élève prépubère qui mange lorsqu'il a faim, s'arrête lorsqu'il est rassasié, joue et s'amuse.

**2. Puberté**
L'élève commence à exprimer son mécontentement et sa contrariété vis-à-vis de son corps. Il croit que ses amis ne l'appellent pas parce qu'il est gros. Sa propre mère est au régime; le père passe des commentaires sur le fait que le corps de son enfant change; la mère n'arrête pas de dire à son enfant de bien manger.

**3. Prise de conscience**
L'élève commence à se poser des questions sur la composition des aliments, compte ses calories, élimine le gras, devient végétarien ou ne mange que des aliments biologiques.

**4. Obsession**
On remarque que cet élève commence à choisir ses aliments et à développer des modes alimentaires quelconques; il fait de l'exercice et du conditionnement physique pour éliminer toute apparence d'embonpoint; il se sent coupable lorsqu'il mange.

**5. Au régime**
L'élève change d'identité et s'en tient à suivre des régimes. Il adhère strictement à des choix d'aliments et à des habitudes d'alimentation qui peuvent faire appel à l'élimination de tous les gras et de toutes les protéines. Il restreint sa consommation quotidienne en calories, en prenant soin de toujours compter ses calories et en se préoccupant de la composition des aliments. Il omet le petit déjeuner. Lorsqu'il suit son régime et qu'il perd du poids, cela signifie qu'il est un « bon garçon ou une bonne fille » et lorsqu'il cesse de suivre son régime et qu'il prend du poids, cela veut dire qu'il est un « mauvais garçon ou une mauvaise fille ».

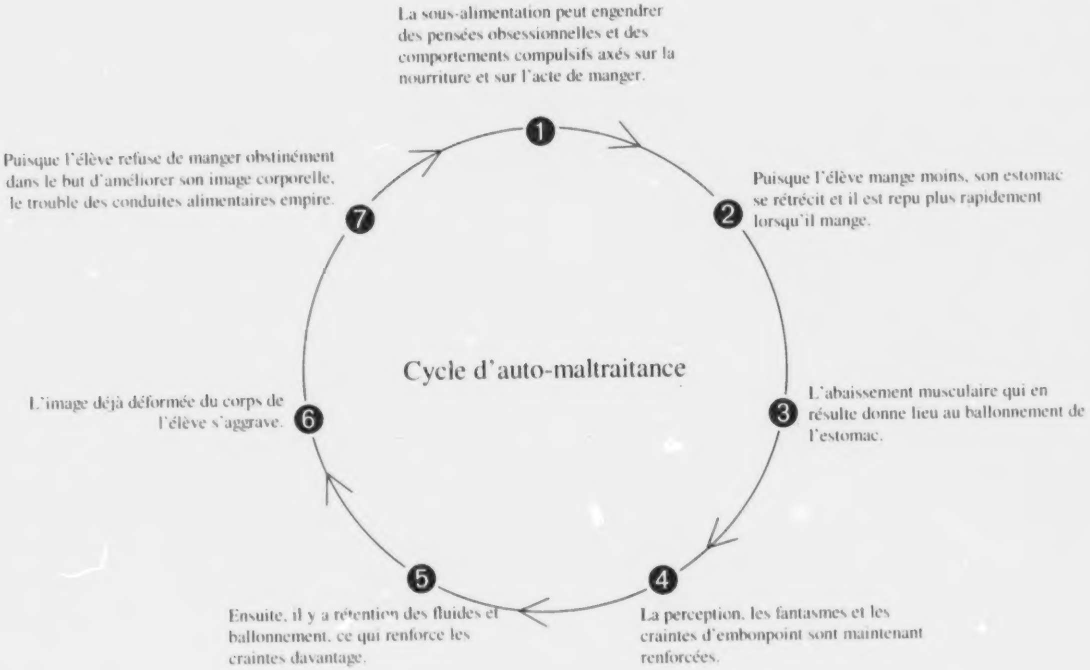
**6. Hyperphagie boulimique**
Puisque les régimes privent le corps de nourriture, l'élève mange par épisodes afin de surmonter la faim. Il y a alimentation excessive parce que la « sensation d'être plein » ou la satiété enregistrée par le cerveau ont été altérées en raison des nombreux régimes. Cet élève est susceptible de gagner du poids rapidement. Les habitudes d'alimentation deviennent de plus en plus chaotiques, allant des régimes restrictifs aux crises de boulimie. L'étiquette qu'il se donne, à savoir « bon garçon/bonne fille ou mauvais garçon/mauvaise fille » devient une réaction d'amour et de haine.

**7. Boulimie**
L'élève a recours à des comportements compensatoires, comme les vomissements provoqués et le jeûne pour régulariser ses gains de poids attribuables aux crises de boulimie. C'est ce qui marque la progression de ce trouble.

**8. Anorexie**
L'élève refuse de manger ou mange très peu. Il peut faire des crises de boulimie et (ou) provoquer des vomissements, etc.

[5] Tiré de « Eating disorders: a continuum », de J. Marchuk, notes d'une présentation faite à l'Alberta Teachers' Association Guidance Specialist Council, congrès annuel, Banff, Alberta, du 6 au 8 novembre 1997.

Il arrive souvent que chacun de ces troubles se transforme en cycle d'auto-maltraitance en raison des effets découlant de chaque trouble sur la perception de l'élève, sa manière de penser, son humeur et son comportement. Le continuum illustre cette notion.




## FACTEURS DE RISQUE

Les troubles des conduites alimentaires sont des maladies complexes pour lesquelles il y a entrecroisement entre plusieurs facteurs de risque. Les facteurs de risque, ce sont les événements, la dynamique, les caractéristiques, les pensées, les attitudes et les comportements qui contribuent au développement d'un trouble. En général, plus il y a de facteurs de risque, plus une personne a la possibilité d'être atteinte d'un trouble des conduites alimentaires. Toutefois, le développement de ces troubles est complexe et il fait l'objet de différences importantes entre les élèves. Les facteurs de risque suivants ont été reconnus par les chercheurs. Les professionnels savent qu'ils jouent un rôle important dans le développement des troubles des conduites alimentaires.

## Culture

Les troubles des conduites alimentaires sont plus courants dans les pays industrialisés et développés, là où il y a abondance de nourriture. Souvent, dans ces pays, il existe des normes et des idéaux culturels qui incitent les gens à avoir un corps d'apparence jeune, mince, musclé et bien défini. Par le truchement de la télévision, des films, des magazines et de la publicité, les médias donnent l'impression que ces normes et idéaux mènent à une confiance en soi accrue, la popularité, l'amour, la beauté, le succès et le bonheur. S'ajoutent à cela des attentes et des rôles culturels contradictoires, surtout chez les femmes.

## Famille

Chez les élèves qui développent des troubles des conduites alimentaires, les caractéristiques diffèrent énormément. C'est pour cette raison que les travaux de recherche n'ont toujours pas permis de cerner la dynamique familiale qui contribue précisément à la situation, qu'il s'agisse de problèmes non réglés, de modèles d'interaction entre les membres de la famille, d'attitudes, de comportements ou de règles. Il faut prendre soin de ne rien reprocher aux parents et aux membres de la famille lorsqu'un élève développe un trouble des conduites alimentaires. Voici la liste des facteurs de risque qui sont courants au sein des familles :

- les parents ont des attentes exagérées sur le plan de la réussite personnelle et sociale;
- les relations familiales peuvent sembler de nature surprotectrice et « contrôlante »;
- les attitudes et les perceptions de la famille sont telles qu'elle a de la difficulté à tolérer les différences; la famille voit le monde ainsi : c'est bon ou c'est mauvais, c'est noir ou c'est blanc;
- la famille évite les conflits;
- la famille a des préoccupations par rapport à l'alimentation, aux régimes, à l'apparence et à la bonne forme physique, au point où l'enfant se sent obligé de se conformer ou de se rebeller;
- les mécanismes de défense de la famille peuvent prendre la forme de l'alcoolisme chez les parents ou d'une autre forme de chimiodépendance;
- la famille a des antécédents d'exploitation sexuelle, de troubles des conduites alimentaires ou de troubles affectifs, comme la dépression ou l'anxiété.

## Situation personnelle

Les troubles des conduites alimentaires sont surtout courants chez les adolescents et les jeunes femmes adultes qui ont une image déformée de leur corps, se préoccupent de leur poids, suivent un régime et s'appuient sur cette préoccupation pour se défendre contre des problèmes non résolus étant à la source de souffrances. Peu importe leur sexe, les élèves peuvent faire un peu d'embonpoint au début du trouble. Aussi, bon nombre d'entre eux peuvent avoir déjà recouru au jeûne pour maigrir ou maintenir leur poids.

Parmi les autres facteurs de risque que l'on trouve chez les élèves de sexe féminin ou masculin, notons :

- une faible estime de soi et un complexe d'infériorité, qui sont atténués temporairement grâce à la sensation de réussite qu'ils obtiennent en maigrissant;
- le perfectionnisme, en ce sens qu'ils doivent être les meilleurs dans tout ce qu'ils font; ils se dénigrent lorsqu'ils ne parviennent pas à respecter leurs normes;
- un grand besoin d'être aimé par leurs pairs et par les adultes;
- des difficultés résultant de la séparation des parents, y compris des doutes à propos de leur propre identité ainsi que de leurs valeurs, leurs croyances, leurs attirances et leurs aversions;
- des troubles perceptifs se rapportant au corps – se sentir gros, se sentir rassasié après une collation ou un petit repas;
- un grand besoin de contrôle et de structure prévisible – les changements imprévus au programme peuvent engendrer la colère ou la peur.

## Biologie

Les travaux de recherche n'ont pas réussi à déterminer avec certitude quels sont les facteurs biologiques des troubles des conduites alimentaires. D'après des études effectuées sur des enfants jumeaux, Blackman[6–7] suggère que le développement de l'anorexie est attribuable à un facteur génétique. Par ailleurs, on a démontré que l'anoxerie est liée à une anomalie du cerveau, ce qui a été détecté au moyen d'électroencéphalogrammes. De même, les fluctuations des hormones qui touchent l'hypothalamus, cette partie du cerveau qui contient les centres d'alimentation et de satiété, pourraient jouer un rôle dans les troubles des conduites alimentaires. Il est également possible qu'un état dépressif ou un trouble obsessionnel-compulsif puisse déclencher la boulimie.

---

[6] Tiré de « Anorexia nervosa: diagnosis and management Part I », de M. Blackman et T. Pucci, 1996, *Medical Scope Monthly*, juillet, p. 19–23.
[7] Tiré de « Background and Etiology of Bulimia Nervosa », de M. Blackman et T. Pucci, 1997, *Canadian Journal of Clinical Medicine*, octobre, p. 16–19.

## MYTHES AU SUJET DE L'ALIMENTATION, DU POIDS ET DE L'IMAGE DU CORPS

La plupart des gens ont des idées préconçues sur l'alimentation, le poids et l'image du corps qui ne reposent que très peu sur des faits scientifiques, mais qui sont davantage le fruit d'attitudes acquises. Si ces mythes ne sont pas contestés, ils peuvent engendrer des perceptions inexactes et des comportements malsains. Ci-dessous, nous présentons plusieurs mythes qui sont courants chez les élèves, voire même chez les adultes.

*Si je suis mince, je serai plus populaire, je serai plus heureuse et je réussirai mieux.* La publicité concourt à cette fausse notion de réussite et de bonheur. En fait, la nature obsessive des troubles alimentaires, alliée aux sentiments de honte et au désir du perfectionnisme, peuvent faire en sorte que la personne s'éloigne de ses amis et qu'elle ait peu de temps pour se sentir heureuse ou pour entreprendre des activités qui susciteraient des sensations de plaisir et de succès.

*Je suis une fille, donc je suis née pour suivre un régime.* Bien des élèves de sexe féminin avouent que d'autres membres de leur famille du même sexe, comme leur mère, leurs tantes et leurs grands-mères suivent des régimes régulièrement et qu'elles se soucient de l'image de leur corps et de leur taille. Nos attentes culturelles veulent que les filles et les femmes soient attrayantes, minces et qu'elles aient l'air jeune. Les médias et la publicité contribuent à cette situation en mettant l'accent sur les régimes, la mode, l'exercice physique ainsi que sur divers produits et services d'alimentation. Cependant, les hommes qui se soucient de la forme de leur corps et de leur poids peuvent également développer des troubles des conduites alimentaires et adopter des méthodes pour régulariser la forme de leurs corps, à l'aide de stéroïdes par exemple.

*N'importe qui peut être mince. Il suffit d'avoir de la volonté.* Le poids corporel résiste au changement car il est lié au métabolisme, au type morphologique et à d'autres facteurs. Il semblerait que chaque corps ait un poids réglé d'avance et qu'il y reste naturellement. Les régimes modifient ce poids réglé d'avance en raison de la carence en calories découlant de la menace de privation dont le corps est la cible.

## TRAITEMENTS MÉDICAUX ET CLINIQUES

Seuls des professionnels qualifiés spécialisés en santé mentale peuvent poser des diagnostics de troubles des conduites alimentaires. Par contre, les enseignants peuvent prêter main-forte en montant un dossier précis et en prenant des notes à partir de leurs observations, des interactions de l'élève ainsi que des signes de

croissance chez l'élève, de rendement et de comportement. Les renseignements que nous donnons ici à propos des traitements médicaux et cliniques ont seulement pour but de sensibiliser les enseignants à ces troubles et à faire en sorte qu'ils connaissent mieux les thérapies auxquelles les élèves aux prises avec des troubles émotionnels ou des maladies mentales peuvent avoir accès à l'extérieur de l'école. Toutes les thérapies médicales et cliniques doivent être administrées et suivies de près par des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale.

Le traitement est difficile en raison du nombre de facteurs de risque contribuant au début et au développement des troubles des conduites alimentaires, de même que de leur complexité. Par conséquent, ce traitement doit faire l'objet d'une démarche comportant plusieurs modèles.[8]

Selon la gravité du trouble, le premier objectif du traitement consiste à stabiliser l'état physique au moyen d'interventions médicales, ce qui peut comprendre des médicaments, la gestion de l'alimentation et dans certains cas, l'hospitalisation. Une fois que l'alimentation de la personne a été rétablie, le deuxième objectif du traitement consiste à normaliser les habitudes alimentaires. Ensuite, le troisième objectif a pour but de modifier les schémas de pensée déformée à propos de l'image du corps, puis à entreprendre une thérapie visant à traiter les facteurs émotionnels et psychologiques sous-jacents.[9]

### Hospitalisation

Pour les cas graves d'anorexie et de boulimie, et pour la privation chronique qui en découle de même que pour la déshydratation et les déséquilibres électrolytiques et hormonaux, il doit y avoir une intervention directe prenant la forme d'une hospitalisation ou d'un séjour à un centre de traitement spécialisé afin d'éviter la mort pouvant résulter de la privation ou d'un suicide.

### Médicaments

Parfois, des médicaments sont utilisés pour soulager la dépression ou l'anxiété intrinsèque aux troubles des conduites alimentaires. Par contre, les médicaments ont peu d'effets directs sur le trouble primaire et ils ne devraient jamais être employés comme seul

---

[8] Tiré de « Anorexia nervosa: diagnosis and management Part II », de M. Blackman et T. Pucci, 1996, *Medical Scope Monthly*, août, p. 18.
[9] Ibid., p 18.

moyen de traitement des troubles des conduites alimentaires.[10] L'élève peut être réticent à prendre des médicaments en raison des effets secondaires, qui se traduisent souvent par des gains de poids et par la crainte de perte de contrôle par rapport aux modèles alimentaires, au poids et aux changements du corps. Les médicaments utilisés doivent faire l'objet d'une supervision étroite de la part d'un médecin afin que l'élève se conforme aux dosages et n'en fasse pas un usage excessif.

### Thérapie alimentaire

Les diététiciens travaillant de concert avec d'autres professionnels de la santé peuvent aider l'élève et sa famille à préparer des régimes alimentaires et à développer des habitudes alimentaires qui favorisent la santé. En observant les habitudes alimentaires de l'élève et en prenant note de son mode d'alimentation – ce qui comprend ses habitudes alimentaires, ses méthodes de régulation du poids, les aliments interdits et les motifs justifiant ses comportements – le diététicien peut aider l'élève à adopter des habitudes alimentaires modérées et fournir de bons renseignements à l'élève et à sa famille en matière d'alimentation.

### Soins dentaires

Les vomissements chroniques peuvent endommager les dents (l'acidité de l'estomac détruit l'émail dentaire). Il en va de même de la privation. Lorsqu'un dentiste répare les dommages faits aux dents, cela a pour effet d'améliorer l'image qu'a l'élève de son corps.

### Psychothérapie

Puisque les troubles des conduites alimentaires découlent de problèmes émotionnels et psychologiques sous-jacents, la psychothérapie représente une composante importante du programme de traitement général. La psychothérapie commence une fois que l'état physique est suffisamment stable, que le poids est revenu à la normale et que les symptômes de délire, de dépression et (ou) de compulsion ont été soulagés. Généralement, trois formes de thérapie sont préconisées et souvent, elles ont lieu en même temps.

- **Thérapie individuelle** — Cette thérapie vise à aider la personne aux prises avec un trouble des conduites alimentaires à comprendre les conflits internes et les systèmes de croyances qui

[10] Tiré de « Anorexia nervosa: diagnosis and management Part II », de M. Blackman et T. Pucci, 1996, *Medical Scope Monthly*, août, p. 19.

mènent au développement d'un trouble des conduites alimentaires.

- **Thérapie de groupe** — Ce genre de thérapie permet de travailler avec d'autres personnes qui ont des troubles semblables, ce qui est thérapeutique. Cette thérapie permet de redonner espoir sur le plan de la guérison, de nouer des liens satisfaisants, d'obtenir le point de vue d'autrui au sujet des systèmes de croyances dysfonctionnels, et d'apprendre des manières efficaces de mener une vie saine.

- **Thérapie familiale** — Les troubles des conduites alimentaires ont des incidences sur toute la famille et non pas seulement sur la personne en cause. La thérapie familiale, qui fait appel à tous les membres de la famille immédiate de l'élève et parfois même de la famille élargie (s'ils ont un rôle à jouer), a pour but d'améliorer les interactions et les relations entre les membres de la famille. Ce genre de thérapie aide à trouver de nouvelles méthodes efficaces pour faire face aux troubles des conduites alimentaires tout en favorisant un milieu propice au développement sain de tous les membres.[11]

## STRATÉGIES POUR AIDER LES ÉLÈVES AYANT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES À L'ÉCOLE

Les autres sections traitent de stratégies et de ressources particulières destinées à aider les écoles à réagir aux élèves dont le comportement est à la source d'inquiétudes. Les efforts doivent être axés sur la prévention des troubles des conduites alimentaires (la prévention primaire) ou sur l'identification et la correction du trouble dès ses premiers stades de développement (la prévention secondaire). Nous présentons, ci-après, les principes fondamentaux de la prévention primaire des troubles des conduites alimentaires.[12]

- Puisque les troubles des conduites alimentaires sont sérieux et complexes et qu'ils sont souvent les symptômes de problèmes non résolus, ils ne devraient jamais être considérés comme un simple moyen d'attirer l'attention.
- Ce problème ne touche pas seulement les filles. La prévention devrait viser les deux sexes, car les hommes se préoccupant de la forme de leurs corps et de leurs poids peuvent également développer des troubles alimentaires.

---

[11] Tiré de « Anorexia nervosa: diagnosis and management Part II », de M. Blackman et T. Pucci, 1996, *Medical Scope Monthly*, août, p. 19.
[12] Tiré de « A Guide to the primary prevention of eating disorders », de M. D. Maine et M. P. Levine, 1998, dépliant de Eating Disorders Awareness and Prevention (EDAP), Seattle, Washington.

- Si les efforts de prévention se résument seulement à des avertissements à propos des signes, des symptômes et des dangers des troubles des conduites alimentaires, ils seront voués à l'échec ou pire encore, ils favoriseront, par inadvertance, une mauvaise conduite alimentaire.
- Les stratégies de prévention doivent tenir compte des facteurs culturels, comme l'obsession d'être mince et la vision déformée que se fait la société de la féminité et de la masculinité.
- Les stratégies de prévention doivent également se concentrer sur le développement de l'estime de soi et de la dignité.
- Dans le cadre des programmes de prévention des écoles, les élèves devraient avoir l'occasion de s'entretenir, confidentiellement, avec un enseignant ou un conseiller, et de se faire recommander à des personnes pouvant prodiguer des soins spécialisés et compétents, comme des médecins de famille, des conseillers et des nutritionnistes.

Le groupement appelé Eating Disorders Awareness and Prevention (EDAP) de Seattle, dans l'État de Washington, recommande aux écoles d'adopter les stratégies de prévention primaire et secondaire suivantes.[13]

### Stratégies de prévention primaire

- Mettez l'accent sur le développement de l'estime de soi, de la pensée critique, de la capacité de s'affirmer et des habiletés de communication efficaces.
- Dans les cours d'hygiène, d'éducation physique et de sciences, enseignez la génétique de la diversité de la constitution morphologique, du poids, de la régulation du poids corporel par le cerveau, du rôle des dépôts de gras sur le développement physique, de la biologie de la faim et de la satiété, ainsi que des dangers des régimes et du faible taux d'adiposité corporelle, surtout chez les filles et les femmes.
- Dans les cours d'hygiène, d'éducation physique, de sciences et d'études sociales, parlez du rôle que jouent la culture et la publicité dans la formation de préjugés par rapport à l'embonpoint. Réfutez le mythe voulant que la minceur soit une bonne chose et la croyance selon laquelle les gens, surtout les femmes,

[13] Tiré de « A Guide to the primary prevention of eating disorders », de M.D. Maine et M.P. Levine, 1998, dépliant de Eating Disorders Awareness and Prevention (EDAP), Seattle, Washington.

devraient sacrifier leur santé et leur dignité au profit de la beauté.

## Stratégies de prévention secondaire

- À l'aide de ressources de perfectionnement professionnel, sensibilisez le personnel aux troubles des conduites alimentaires et aux méthodes de régularisation de la forme du corps (le recours aux stéroïdes).
- Dans les écoles, élaborez des systèmes et des processus grâce auxquels les enseignants et les entraîneurs peuvent être à l'écoute des élèves qui avouent avoir des problèmes de nature alimentaire afin qu'ils puissent les aider.
- Faites en sorte que les élèves aient accès à des repas sains et qu'ils aient assez de temps pour manger.
- Sensibilisez les parents aux besoins alimentaires des enfants à divers stades de leur développement.

Les enseignants qui ont l'impression qu'un élève est aux prises avec un trouble des conduites alimentaires devraient considérer ce qui suit.[14]

| À FAIRE | |
|---|---|
| • Parlez de vos préoccupations avec l'élève en privé, en prenant soin de choisir un moment et un endroit où vous pouvez parler sans être interrompus.<br>• Mentionnez à l'élève, de manière directe et sans lui donner l'impression de le discipliner, toutes les observations qui ont soulevé vos inquiétudes.<br>• Écoutez l'élève attentivement, sans porter de jugement et avec empathie.<br>• Dites à l'élève que vous vous souciez et vous préoccupez de lui et que vous aimeriez parler du problème. Votre responsabilité ne consiste pas à poser un diagnostic ou à donner des conseils, mais plutôt à entretenir une conversation compatissante et franche pour aider l'élève à se tourner vers des personnes disposées à le comprendre et à le soutenir et à se mettre à la recherche des soins thérapeutiques nécessaires. | • Évitez d'argumenter ou de jouer au plus fin. Vous devez leur répéter les signes que vous avez décelés, vos préoccupations et, s'il y a lieu, leur dire que quelque chose doit être fait, entre autres informer les parents.<br>• Soyez au courant des ressources communautaires et des documents de référence que l'élève peut consulter.<br>• Dialoguez avec la famille de l'élève, les professionnels de la santé et d'autres membres du personnel de l'école qui s'occupent de l'élève afin qu'un plan soit mis en place pour favoriser son rétablissement.<br>• Faites preuve de patience, reconnaissez que l'élève ne se rétablira pas du jour au lendemain et qu'il est susceptible de rechuter.<br>• Ne proposez que le soutien que vous êtes en mesure d'offrir et, au besoin, sollicitez l'aide du personnel administratif ou des autres enseignants pour vous en sortir personnellement. |

[14] Tiré de « Faculty and student guidelines for meeting with and referring students who may have eating disorders », de M. Levine, présenté à la 13e National Eating Disorders Organization Conference, Columbus, Ohio, le 3 octobre 1994.

| | |
|---|---|
| • Dites à l'élève, si vous en tirez des renseignements convaincants, que vous croyez :<br>– qu'il a peut-être un trouble des conduites alimentaires;<br>– que la situation devrait être évaluée par un professionnel;<br>– que sa participation aux sports et à d'autres activités ne sera pas mise en jeu à moins que sa santé n'ait été compromise au point de rendre la situation dangereuse;<br>– être obligé de faire part de vos inquiétudes à sa famille. | • Reconnaissez que la plupart des troubles des conduites alimentaires ne sont pas tant axés sur l'alimentation, le poids et la taille du corps, que sur un manque d'estime de soi, un manque de contrôle perçu, la crainte et d'autres problèmes non résolus et pénibles. |
| **À NE PAS FAIRE** | |
| • Ne passez pas de commentaires sur l'apparence de l'élève, que ces commentaires soient positifs ou négatifs, car ils risqueraient de perpétuer son trouble du schéma corporel. À l'étape du dépistage, de la recommandation et du rétablissement, mettez l'accent sur la santé et le bon fonctionnement de l'élève.<br>• N'entamez pas de conflits de pouvoir avec l'élève en ce qui a trait aux aliments ou à l'alimentation, car le trouble peut être une façon, pour l'élève, d'exprimer son besoin de contrôle. | • Ne vous reprochez pas le fait que l'élève soit atteint de ce trouble, ne le reprochez ni à l'élève, ni à sa famille.<br>• Délibérément ou non, ne devenez pas le thérapeute de l'élève, son sauveur ou sa victime. Il ne sert à rien d'essayer de faire la morale à l'élève, de préparer des régimes de traitement ou de surveiller les habitudes alimentaires de l'élève de manière étroite. En raison de sa complexité, le traitement doit être laissé entre les mains de professionnels de la santé qualifiés et compétents. |

Lorsqu'un élève doit être hospitalisé, en tant qu'enseignant, vous devez considérer les stratégies qui suivent :[15]

- restez en contact avec l'élève s'il est absent en raison d'une hospitalisation ou d'un traitement ambulatoire intensif. Les autres élèves de la classe pourraient rester en communication en lui écrivant des lettres;
- aidez l'élève à se réintégrer à la classe, surtout après une longue absence, en maintenant la communication et en rencontrant l'élève à l'avance pour planifier sa réintégration;
- travaillez en collaboration avec l'enseignant itinérant ou l'enseignant du programme de traitement ambulatoire afin que l'élève puisse être à jour sur les travaux et les activités.

[15] Tiré de *Awareness of chronic health conditions: what the teacher needs to know (volume 2)* (p. 4), de R.S. Manley, H. Rickson et B. Standeven, 1997, Victoria, C.-B., ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique.

## Stratégies pour aider les élèves aux prises avec des troubles des conduites alimentaires en classe

Si ce sont les enseignants qui remarquent en premier les symptômes laissant présager un trouble des conduites alimentaires, ils devraient :

- soulever leurs inquiétudes auprès de l'élève, en privé et en faisant preuve de sensibilité;
- moyennant le consentement de l'élève, inviter les parents de l'élève et ce dernier à une réunion en tête-à-tête, à un moment qui convient à tous, afin de discuter de leurs observations;
- considérer la possibilité de solliciter l'aide des conseillers ou des travailleurs sociaux de l'école en vue de se préparer à cette réunion et (ou) de leur demander de parler des troubles des conduites alimentaires à cette réunion afin d'aider les parents et l'élève à établir un lien avec les préoccupations de l'enseignant;
- exprimer leurs préoccupations, en mettant l'accent sur les comportements observables de l'élève, en prenant soin de vérifier si les comportements se reproduisent à la maison;
- recommander à l'élève de consulter son médecin de famille pour qu'il obtienne un examen professionnel de la situation, ou demander une telle recommandation;
- après l'examen du médecin, demander à rencontrer les parents de nouveau afin de déterminer un plan d'intervention efficace et constructif pour le personnel de l'école.

Les stratégies suivantes pouvant être employées en classe présument que les parents d'élèves aux prises avec des troubles des conduites alimentaires sont au courant du traitement et y collaborent. Les enseignants qui sont responsables d'élèves ayant des troubles des conduites alimentaires devraient élaborer des programmes d'études de nature intégrée, interdisciplinaire et personnalisée afin d'optimiser les possibilités de rétablissement.[16] De plus, les enseignants devraient considérer les stratégies suivantes :[17]

- faites preuve de souplesse vis-à-vis des examens et des travaux à faire en classe, car l'élève sera susceptible de s'absenter pour aller chez le médecin ou suivre sa thérapie. Cette souplesse a aussi pour effet de réduire l'anxiété et le stress de l'élève;
- reconnaissez que les élèves aux prises avec des troubles des conduites alimentaires peuvent avoir des idées rigides et se fixer

---

[16] Tiré de *Awareness of chronic health conditions: what the teacher needs to know (volume 2)* (p. 2), de R.S. Manley, H. Rickson et B. Standeven, 1997, Victoria, C.-B., ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique.
[17] Ibid, p. 4-5.

des normes élevées et non réalistes sur le plan scolaire. Ils peuvent également éprouver des difficultés vis-à-vis de leur travail à l'école. Les enseignants doivent les aider à adopter une démarche plus modérée en ce qui a trait à leur travail scolaire;

- il peut être bon de décourager les habitudes d'études obsessionnelles et d'encourager un équilibre sain entre les relations avec les pairs, les activités scolaires et les activités parascolaires;
- en collaboration avec l'élève et ses parents, établissez des routines d'études et de devoirs qui ne vont pas à l'encontre des autres plans de traitement;
- à l'aide d'échéanciers visuels, aidez les élèves à acquérir des habiletés de gestion du temps et des habitudes d'études saines;
- reconnaissez et comprenez que ces élèves sont peut-être sous l'effet de la privation, ce qui risque de nuire à leur concentration sur le plan scolaire et par conséquent, éprouvent des difficultés à se souvenir de notions déjà apprises et du matériel incompréhensibles, même s'ils les avaient déjà compris;
- aidez ces élèves à entretenir des relations avec leurs pairs et à s'intégrer aux activités sociales;
- prévoyez les problèmes avant que le comportement ne s'aggrave. Voici certains signes : l'instabilité émotive, la dépression, l'anxiété, l'irritabilité, l'agitation ou une réaction excessive vis-à-vis d'événements sans importance, se traduisant par le repli ou par des larmes.

En plus des recommandations suivantes destinées aux enseignants responsables d'élèves ayant des troubles des conduites alimentaires ou susceptibles de l'être, les stratégies suivantes à adopter en classe pourraient favoriser la création d'un milieu préventif pour tous les élèves :

- créez en classe un milieu qui favorise la diversité sur le plan de la taille, de la couleur et de la forme du corps grâce à diverses idées, perceptions et attitudes. Ce milieu ne doit pas être empreint de facteurs de risque qui entraînent des perceptions fautives par rapport à la santé, à l'image du corps et à la dignité;
- n'acceptez, en aucun cas, que des blagues, des railleries, des insultes et de l'intimidation soient faits concernant l'apparence des gens;
- faites en sorte que les élèves et l'enseignant aient souvent l'occasion de parler librement des enjeux auxquels les jeunes

font face de nos jours, ce qui comprend les troubles des conduites alimentaires, mais sans toutefois s'y restreindre;

- demandez aux élèves de faire des compositions dans leur journal personnel, dans lesquelles ils énoncent leurs points de vue ou encore, substituez les discussions en classe par des compositions;
- tous les jours, faites en sorte que les élèves pensent aux choix d'une vie saine et qu'ils justifient ces choix;
- en vous appuyant sur le programme d'études, enseignez les facteurs de risque des troubles des conduites alimentaires aux élèves et réfutez les mythes entourant les aliments, le poids et l'image du corps ainsi que sa forme et sa taille;
- préparez des leçons qui favorisent l'action sociale des élèves contre la publicité et les événements qui perpétuent les mythes contribuant aux troubles des conduites alimentaires. Il pourrait s'agir d'une campagne de sensibilisation, d'un boycottage de produits ou de projets et de productions en classe, dans le domaine des arts, du théâtre ou de la musique. Ces initiatives peuvent être de nature interdisciplinaire et peuvent favoriser la pensée critique, la communication, la capacité de s'affirmer et le sentiment d'appartenance;
- demandez aux élèves de préparer des leçons à l'intention des autres élèves de leur classe et portant sur les enjeux de l'alimentation;
- mettez de la documentation à la disposition des élèves pour qu'ils puissent la consulter et la lire (dépliants, adresses de sites Web, des noms de professionnels au sein de la communauté, des affiches et des exemples de médias);
- formez des groupes de soutien par les pairs en classe afin d'inciter les élèves à se parler;
- dans le cadre des activités en classe, faites en sorte que les élèves disposent de choix d'aliments sains.

À la lumière des problèmes sous-jacents, qui comprennent la honte, le contrôle, la culpabilité et l'isolement, il est important de consulter les élèves aux prises avec des troubles des conduites alimentaires lorsque vous élaborez des stratégies pour la classe dans le but de les aider. Vous devez absolument obtenir leur point de vue pour savoir ce qui les mettra à l'aise, ce qui favorisera leur autonomie et ce qui réduira leur honte, sans compromettre leur santé ou le traitement qu'ils suivent. Il s'agit là d'un gage de soutien et d'attention.

## BIBLIOGRAPHIE
(anorexie et boulimie)

**Sites Internet**

http://www.mediom.qc.ca/~anorexie/home.htm

http://www.generation.net/~anebque/francais/f-home.html

http://www.chez.com/tinou/anorexieboulimie/

http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/boulimie.html

**Livres et revues**


ALLARD, S. (1999). « L'enfer de la boulimie », *Coup de pouce, 16*, 130-137.

APFELDORFER, G. (1999). « Ma boulimie, c'est la faute à la société? », *Psychologie, 180*, 111-115.

CHABROL, H. (1991). *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. Paris : PUF.

DELAFOND, P. (1996). « Que faire en cas de manque d'appétit? », (1996). *Vie et santé, 1224*, 26-27.

GUILLEMOT, A. (1993). *Anorexie mentale et boulimie : le poids et la culture*. Paris : Masson.

HEURT, M. (2000). « La méditation m'a sauvée de la boulimie », *Psychologie, 184*, 46-49.

LAGEIX, P. (1997). « Troubles de l'alimentation et personnalité borderline : quelles affinités? », *Santé mentale au Québec, 22*, 104-108.

LAPORTE, D. (1998). « La faim de soi », *Le Magazine enfants Québec, 10*, 26-32.

LATOUCHE, M. J. (1998). « Miroir, miroir, pourquoi suis-je si grosse? », *Le Médecin du Québec, 33*, 45-53.

LAMARRE, P. (1998). « Manger ou ne pas manger? », *Revue de l'infirmière, 41*, 11-14.

LETENDRE, M. (1994). « Anorexia nervosa : vaincre le mal à sa racine », *Dietétique en action, 7*, 14-15.

LORD, C. (1998). « Une solution économique à un problème quasi endémique », *Le Clinicien, 13*, 79-86.

LURIA, A. (1995). « Quel mangeur êtes-vous? », *Psychologie, 135*, 26-57.

MAILLET, J. (1995). *Histoires sans faim : troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie.* Paris : Desclée de Brouwer.

MICHAUD, G. (1997). « La tentation de l'anorexie », *Spirale, 154*, 22-25.

ORGEVAL, C. (1997). « Comment j'ai guéri de l'anorexie », *Psychologie, 150*, 56-59.

PAUZE, R. (1994). « Étude de la conduite anorexique selon la perspective des théories de la Complexité », *Revue québécoise de psychologie, 15*, 91-109.

POIRIER, A. (1996). « Danger : anorexie et boulimie », *Santé, 118*, 12-16.

REMY, J. (1997). « La tentation anorexie », *L'Express, 2387*, 50-52.

RIETY, S. (1993). « Elles ont faim d'amour », *Psychologie, 105*, 62-64.

RIMOLDI, B. (1994). « Boulimie, anorexie : les troubles de l'appétit », *Vie et santé, 1202*, 34-36.

SABOURIN, G. (1993). « Anorexie et boulimie », *Santé, 89*, 14-19.

WILKINS, J. (1998). « Quatre temps pour mieux comprendre l'anorexie », *Le Clinicien, 13*, 80-91.

# TROUBLES ANXIEUX

## TABLE DES MATIÈRES


Troubles anxieux ........ 39
Troubles anxieux courants ........ 40
Anxiété de séparation ........ 40
Trouble d'hyperanxiété de l'enfant ........ 41
État de stress post-traumatique ........ 43
État de stress aigu ........ 45
Trouble obsessionnel-compulsif ........ 45
Trouble anxieux dû à une affection médicale générale ........ 47
Trouble anxieux induit par une substance ........ 48
Phobies ........ 49
Phobie spécifique ........ 49
Phobie sociale ........ 50
Biologie de l'anxiété ........ 52
Déclencheurs d'anxiété ........ 53
Réactions d'autrui par rapport à des objets ou à des événements ........ 53
Le fait d'observer ou de vivre un événement traumatisant ou effroyable ........ 54
Faible estime de soi et manque de confiance ........ 54
Tensions familiales chroniques et hostilité ........ 54
Traitements médicaux et cliniques ........ 55
Thérapie cognitive du comportement ........ 55
Thérapie familiale ........ 56
Thérapie de groupe ........ 57
Thérapie psychodynamique ........ 57
Médicaments ........ 58
Stratégies pour aider les élèves aux prises avec des troubles anxieux à l'école ........ 58
De concert avec les parents ........ 59
De concert avec les collègues ........ 59
De concert avec les organismes communautaires et les professionnels de la santé mentale ........ 60
Stratégies pour aider les élèves ayant des troubles anxieux en classe ........ 60
Sensibilisation ........ 61
Milieu favorable ........ 61
Relation élève – enseignant ........ 61
Milieu ........ 61
Établissement d'objectifs ........ 62

# TROUBLES ANXIEUX

Réflexions d'autopersuasion positives .......... 63
Communication .......... 63
Distractions .......... 64
Visualisation .......... 64
Être réaliste .......... 64
Groupe de pairs .......... 64
Commentaires sur les stratégies .......... 65
Annexe .......... 66
Bibliographie .......... 69
Sites Internet .......... 69
Livres et revues .......... 69

41

## TROUBLES ANXIEUX

L'inquiétude, l'angoisse, les nerfs, la frousse : voilà des termes qui sont souvent employés pour décrire l'anxiété, ce sentiment normal de l'être humain qui touche également les enfants et les adolescents. En fait, il faut avoir un certain degré d'anxiété pour mener une vie saine et productive. Par contre, lorsque les gens sont accablés ou paralysés par l'intensité et la durée de leur anxiété, on peut dire qu'ils souffrent de troubles anxieux. Lorsqu'on détermine qu'une personne a un trouble anxieux, on sait qu'elle est susceptible d'être atteinte de plus d'un trouble anxieux. En outre, le tiers des personnes aux prises avec un trouble anxieux peuvent être atteintes de dépression à un moment ou à un autre de leur vie.[1]

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) énumère 14 troubles anxieux.[2] Nous présentons ici les sept troubles anxieux susceptibles d'affliger les enfants et les adolescents. L'intensité des troubles anxieux varie de légère à sévère. Ils sont à tendance épisodique et pendant les périodes de stress prononcé, les symptômes sont dramatiques. Toutefois, entre les poussées actives, les personnes ayant des troubles anxieux sont moins heureuses et moins efficaces qu'elles ne pourraient l'être si elles adoptaient de meilleurs comportements d'adaptation.[3]

L'anxiété problématique a un aspect physiologique qui s'en prend à divers systèmes, soit :

- le système respiratoire (respiration peu profonde, rapide);
- le système cardiaque (palpitations, battements de cœur irréguliers);
- le système vasculaire (rougissements, évanouissements, étourdissements);
- le système musculosquelettique (tremblements, faiblesse des membres, douleurs, raideur);
- le système dermatologique (transpiration, peau moite et froide);
- le système digestif (maux d'estomac, nausée, vomissements, diarrhée).[4]

---

[1] Tiré de *Abnormal psychology in modern life* (10[e] édition) (p. 160), de R.C. Carson et al., 1998, New York, New York, Longman.

[2] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4[e] édition) (p. 393–394), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

[3] Tiré de *Study guide to accompany abnormal psychology in modern life* (10[e] édition) (p. 107), de D.C. Foules, 1996, New York, New York, Harper Collins College Publications.

[4] Tiré de *Psychiatric dictionary* (4[e] édition) (p. 49), de L. Hinsie et R.J. Campbell, 1970, Toronto, Ontario, Oxford University Press.

L'anxiété touche également l'aspect psychologique. Ainsi, la personne :

- a énormément de sentiments négatifs;
- a une inquiétude excessive vis-à-vis des menaces ou des dangers éventuels;
- est repliée sur elle-même, ce qui nuit à sa capacité de résoudre efficacement des problèmes;
- a la sensation de ne pas être capable de venir à bout de la menace si elle se concrétisait.[5]

## TROUBLES ANXIEUX COURANTS

### Anxiété de séparation[6]

*Même si Sunita est en 2e année, elle pleure au début de chaque journée ou tout au moins, on ne peut pas lui poser de questions pendant la première demi-heure par crainte de la voir s'effondrer en larmes. Au fil de la journée, elle devient moins sensible, bien qu'elle soit solitaire et qu'il soit rare qu'elle s'intègre pleinement aux activités.*

Les enfants qui ont la nostalgie de la maison, qui souffrent de phobie scolaire ou qui sont solitaires peuvent être atteints d'anxiété de séparation. L'enfant aux prises avec ce trouble éprouve une anxiété excessive lorsqu'il s'éloigne de la maison ou des personnes auxquelles il est attaché. Cette anxiété dépasse en gravité celle à laquelle on pourrait s'attendre, compte tenu du niveau de développement de l'enfant. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement sur le plan social et scolaire ou encore, dans d'autres champs d'activités importants.

Lorsque ces enfants sont séparés de leurs êtres chers, ils ont besoin de savoir où ceux-ci se trouvent et de garder un contact avec eux (au téléphone, par exemple). Loin de chez eux, ces enfants ont la nostalgie de la maison et ne pensent qu'aux retrouvailles. Séparés de ceux qu'ils aiment, ils sont envahis de craintes d'accidents ou de maladies qui pourraient les toucher eux-mêmes ou encore toucher ces personnes chères. Par conséquent, ils peuvent refuser d'aller à l'école, de rendre visite à des amis ou d'y passer la nuit, ou d'aller seuls faire des commissions.

---

[5] Tiré de *Abnormal psychology in modern life* (10e édition) (p. 196), de R.C. Carson et al., 1998, New York, New York, Longman.

[6] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition) (p. 131–135), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Les enfants souffrant d'anxiété de séparation proviennent souvent de familles dans lesquelles les relations sont très étroites. Loin de la maison ou de ceux qu'ils aiment, ils sont généralement timides, apathiques, tristes et ne peuvent se concentrer ni sur leur travail ni sur des jeux. Le refus d'aller à l'école peut conduire à un échec scolaire ou à un évitement social. Lorsqu'ils sont bouleversés par une séparation imminente, ils peuvent se mettre en colère et, occasionnellement, frapper la personne qui essaie de les forcer. Cependant, en général, ces enfants sont décrits comme excessivement consciencieux, obéissants et désireux de plaire. Un état dépressif est souvent associé à ce trouble et il peut devenir chronique.

Les manifestations de l'anxiété de séparation varient avec l'âge. Souvent, les jeunes enfants n'expriment pas de peurs spécifiques concernant des menaces pouvant peser sur leurs parents, sur leur maison ou sur eux-mêmes. C'est lorsqu'ils grandissent que les préoccupations ou les craintes se portent sur des dangers identifiés (la peur d'être enlevé, d'être agressé ou de faire l'objet d'un vol). Chez les adolescents, particulièrement chez les garçons, l'anxiété concernant la séparation peut être niée mais se traduire par un champ d'activités autonomes limité et une réticence à quitter la maison.

La mort ou la maladie d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un animal familier, un déménagement vers un nouveau quartier ou un changement d'école constituent des facteurs de stress qui déclenchent l'anxiété de séparation. Les premiers signes peuvent se déclarer avant l'âge de l'entrée à l'école jusqu'à 18 ans, bien qu'ils soient plus courants à la phase intermédiaire de l'enfance (de 6 à 11 ans). L'anxiété de séparation atteint autant les garçons que les filles, avec un taux de prévalence de quatre pour cent.[7] Par contre, on dénote qu'un plus grand nombre de filles sont amenées à consulter un professionnel pour obtenir de l'aide. Ce trouble peut durer pendant des années tout en accusant des hauts et des bas. Le trouble anxiété de séparation est plus fréquent chez les enfants de femmes ayant un trouble panique, un autre trouble anxieux.

### Trouble d'hyperanxiété de l'enfant[8]

*Carlos a dix ans. C'est un garçon intelligent, mais il trouve toujours une foule de prétextes pour ne pas faire quelque chose. Peu importe de quoi il s'agit, Carlos s'inquiète car il croit ne pas être à la hauteur, ne pas avoir assez de temps pour bien faire, ou il*

---

[7] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4[e] édition) (p. 509), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

[8] Ibid., p. 509-513.

*a l'impression qu'une catastrophe l'empêchera de faire son travail à la perfection. Il exprime ses soucis avec irritation ou avec une certaine tristesse vis-à-vis de son échec inévitable, tout en s'efforçant de plaire à son enseignant.*

Lorsqu'un enfant a une anxiété et des soucis excessifs survenant la plupart du temps sur une période d'au moins six mois et concernant plusieurs événements ou activités, il s'agit vraisemblablement d'un trouble hyperanxiété de l'enfant. Souvent, l'anxiété et les soucis sont associés à au moins un autre des symptômes suivants :

- l'agitation;
- la fatigabilité;
- des difficultés de concentration;
- l'irritabilité;
- la tension musculaire;
- la perturbation du sommeil.

Par conséquent, les enfants atteints de ce trouble ont de la difficulté à fonctionner non seulement à l'école, mais aussi dans d'autres champs d'activités importants. Ils ont tendance à s'inquiéter de manière excessive, quant à leurs compétences ou à la qualité de leur rendement à l'école ou dans les événements sportifs, même lorsque leur performance n'est pas évaluée par les autres. Ils peuvent avoir des préoccupations excessives concernant la ponctualité. Les symptômes suivants caractérisent ce trouble : ils peuvent être préoccupés par l'idée de la possibilité d'événements catastrophiques tels la persécution, des conditions météorologiques exceptionnelles ou une catastrophe écologique.

Souvent, les enfants ayant ce trouble sont excessivement conformistes, perfectionnistes et peu sûrs d'eux-mêmes; ils ont tendance à refaire les tâches en raison d'un sentiment d'insatisfaction face à une performance qui n'est pas (tout à fait) parfaite. Ils insistent trop dans leur demande d'approbation et ils ont un grand besoin d'être rassurés sur leur performance. Les personnes atteintes de ce trouble se sentent souvent déprimées.

Plus de la moitié des adultes atteints d'un trouble d'anxiété généralisée (qui caractérise plutôt les adultes) montrent des signes durant leur enfance ou leur adolescence. L'évolution est chronique mais fluctuante et s'aggrave souvent durant les périodes de stress. L'anxiété en tant que trait chez les enfants est rarement associée à une forme de trouble héréditaire ayant atteint d'autres membres de la famille. La répartition selon le sexe est représentée par environ deux tiers de filles pour un tiers de garçons.

## État de stress post-traumatique[9]

*Jusqu'en mai et en juin, Dominique était un élève attentif et industrieux. C'est à cette période-là que se formaient occasionnellement de gros nuages noirs dans le ciel, suivis d'orages. Depuis qu'une tornade s'est abattue dans le parc à roulottes où il habitait auparavant, il ne peut pas s'empêcher de regarder les nuages régulièrement même s'il essaie de les ignorer. Rapidement, il oublie ce qui se passe en classe.*

L'état de stress post-traumatique (ESPT) fait suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure grave subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche. La réponse de la personne à l'événement comprend une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur (chez les enfants, la réponse doit comprendre un comportement désorganisé ou agité).

Les symptômes caractéristiques résultant de l'exposition à un traumatisme comprennent le fait de revivre de manière persistante l'événement traumatique (par exemple, un enfant qui a été impliqué dans un accident de la route rejoue de manière répétitive des accidents avec ses petites voitures). Les rêves qu'ils ont de l'événement peuvent se changer en cauchemars où ils voient des monstres, où ils se voient venir au secours des autres, où leur vie est en danger. Ils peuvent également faire l'objet de symptômes psychosomatiques, tels que maux d'estomac et maux de tête. Cela se produit lorsque la personne est exposée à des événements déclencheurs qui symbolisent un aspect de l'événement traumatique (dates anniversaires, des conditions météorologiques particulières ou endroits suscitant la peur).

L'enfant peut éviter intentionnellement les stimulus associés au traumatisme, ce qui comprend les personnes, les pensées, les sentiments ou les conversations. Cela peut se traduire par une perte d'intérêt face à l'activité qu'il aimait faire. La présence de symptômes persistants comme l'indifférence à l'égard d'autrui, un sommeil interrompu et des inquiétudes vis-à-vis de l'avenir peuvent également en découler. Dans certains cas, ils peuvent être aussi atteints d'amnésie sélective

---

[9] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition) (p. 498–504), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Les élèves souffrant de l'état de stress post-traumatique éprouvent des difficultés considérables sur le plan scolaire, social et familial. Les symptômes peuvent se manifester immédiatement après le traumatisme ou jusqu'à six mois plus tard. Chez la moitié des sujets, la guérison complète survient en trois mois, tandis que chez les autres, les symptômes persistent plus de 12 mois après le traumatisme.

Les traumatismes que peuvent vivre les enfants varient d'expériences directes à indirectes.

- Parmi les traumatismes directs, notons : les agressions physiques ou sexuelles, le fait d'être kidnappé, le fait d'être pris en otage, les accidents de la route graves, un incendie grave ou le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie constituant un danger de mort.
- Parmi les traumatismes dont l'enfant peut avoir été témoin, notons : le fait d'assister à la blessure grave ou à la mort d'une autre personne, à un accident grave ou à une catastrophe comme une inondation, une tornade, un tremblement de terre ou le fait de voir de manière inattendue un cadavre ou les morceaux d'un corps.
- Parmi les événements qui sont vécus par autrui et qui sont rapportés à l'enfant, notons : les agressions personnelles violentes, le viol, des blessures graves vécues par un membre de la famille ou d'un ami proche, la mort accidentelle d'un membre de la famille ou d'un ami proche.

Cet état a tendance à durer plus longtemps et à être plus grave lorsque le traumatisme est attribuable à l'être humain et non pas à une catastrophe naturelle. Après un traumatisme attribuable à l'être humain, l'enfant peut se replier sur lui-même. La gravité, la durée et la proximité de l'exposition d'un sujet à l'événement traumatique sont les facteurs les plus importants dont dépend la probabilité de développer ce trouble.

Les personnes ayant un état de stress post-traumatique peuvent souvent éprouver des sentiments de culpabilité pour avoir survécu à un accident, alors que d'autres n'ont pas survécu et si elles croient ne pas avoir suffisamment aidé les victimes sur la scène de l'événement traumatique. Les jeunes qui émigrent de pays déchirés par la guerre souffrent souvent d'un état de stress post-traumatique.

## État de stress aigu[10]

*M[lle] Bélanger a été agréablement surprise de voir Bernard reprendre le cours normal de la classe après avoir trouvé un corps mutilé dans un ravin le mois précédent. Il a été désorganisé et agité pendant deux semaines, mais par la suite, Bernard a graduellement recommencé à répondre aux questions, à aider en classe et à remettre ses travaux à temps.*

L'état de stress aigu est un état de stress post-traumatique plus léger. La perturbation dure au moins deux jours et ne persiste pas au-delà de quatre semaines après la fin de l'événement traumatique. Les événements déclencheurs et les symptômes qui s'ensuivent sont les mêmes que dans le cas de l'état de stress post-traumatique. La réaction est simplement moins soutenue. Les personnes souffrant d'état de stress aigu courent de plus grands risques de développer un état de stress post-traumatique.

## Trouble obsessionnel-compulsif [11]

*Chris, un élève de 11[e] année, devient anxieux dès que de petits changements sont faits à l'ordre des choses à l'école. Si quelqu'un s'assoit à la place qu'il occupe habituellement, cela le bouleverse. Il peut même aller jusqu'à se faire du souci si quelqu'un s'assoit dans un endroit différent de la classe. Avant de s'asseoir, Chris se sent obligé de faire un petit rituel : il dépose ses livres sur son pupitre et les aligne au coin supérieur droit du bureau, il sort de la salle pour aller boire, revient à son pupitre, qu'il touche trois fois avec ses trois doigts du milieu avant de s'arrêter pour regarder dehors par la fenêtre située à l'arrière de la classe, puis il revient à son bureau pour commencer sa journée. Pendant les cours, il vérifie sa montre sans arrêt pour comparer l'heure avec l'horloge de sa classe et il demande l'heure à son enseignant. Si un élève lui emprunte un stylo, il ne le quitte pas des yeux tant qu'il ne lui a pas été remis. À midi, il passe son temps toujours au même ordinateur pour jouer toujours au même jeu parce qu'il n'a pas d'amis. Tout changement dans l'ordre normal des choses de la classe, les changements d'horaire et les changements de trimestres sont une source de stress pour lui.*

---

[10] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4[e] édition) (p. 505), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

[11] Tiré de *Abnormal psychology in modern life* (10[e] édition) (p. 182–189), de R. C. Carson et al., 1998, New York, New York, Longman.

Le trouble obsessionnel-compulsif, communément appelé TOC, est un trouble anxieux caractérisé par des représentations persistantes et récurrentes de pensées irrationnelles ou d'images troublantes. La plupart du temps, elles sont accompagnées de comportements compulsifs ayant pour but de neutraliser les pensées ou les images obsessionnelles ou encore, d'empêcher une situation ou un événement redouté de se produire.

Le terme « obsessionnel » qui fait partie du nom de ce trouble se rapporte aux pensées, tandis que le terme « compulsif » se rapporte aux comportements. Bien que le trouble obsessionnel-compulsif se manifeste en général durant l'adolescence ou chez le jeune adulte, les symptômes peuvent apparaître durant l'enfance. Il est frappant de constater à quel point ces symptômes sont similaires à ceux des adultes. Dans la plupart des cas, les premiers signes sont progressifs, mais lorsque le trouble est aigu, il a tendance à avoir des hauts et des bas. Le trouble est réparti quasi également chez les hommes et les femmes. En Amérique du Nord, le taux de prévalence est de 2,5 pour cent. Dans 90 pour cent des cas, les comportements compulsifs précèdent les idées obsessionnelles.

À un moment donné, la plupart des personnes ont des comportements obsessionnels-compulsifs. Par exemple, elles vérifient si les appareils électroménagers sont éteints ou si les portes sont fermées à clé. Dans le cas d'un trouble obsessionnel-compulsif, l'intensité de la pensée et des comportements connexes, de même que l'inaptitude à les contrôler, sont une source de difficultés et elles ont des répercussions sur le fonctionnement quotidien.

Même si les pensées obsessionnelles peuvent être axées sur une variété de sujets, les aspects suivants reviennent le plus souvent dans les études sur le TOC :

- la contamination (55 pour cent), soit la possibilité d'attraper une maladie en raison des microbes;
- les impulsions agressives (50 pour cent), soit le fait de s'imaginer en train de pousser quelqu'un devant un véhicule en mouvement;
- le besoin de symétrie (37 pour cent);
- des inquiétudes relatives au corps ou à la santé (35 pour cent);
- un penchant sexuel (32 pour cent).

Les actes compulsifs les plus courants qui sont effectués pour soulager la souffrance induite par les pensées obsessionnelles prennent la forme du nettoyage, de la vérification et du comptage. Le lavage excessif des mains peut faire partie du rituel du nettoyage. Après

être allée aux toilettes, la personne peut se laver les mains pendant 15 minutes ou elle peut utiliser des produits désinfectants forts pendant des heures, jusqu'à ce que ses mains saignent. Pour ce qui est du rituel de la vérification, les personnes atteintes de ce trouble peuvent vérifier les serrures de trois à six fois ou passer des heures à une intersection pour trouver des signes d'un accident qu'elles pensent avoir provoqué. En général, les rituels se répètent un certain nombre de fois. Ces rituels permettent de réduire la tension et procurent une impression de satisfaction, tout au moins à court terme. Cependant, la plupart des personnes ayant un TOC savent qu'ils consacrent un nombre excessif d'heures à leurs compulsions tous les jours et qu'elles nuisent à leur fonctionnement social ou professionnel.

Comme dans le cas de tous les troubles anxieux, un TOC est souvent accompagné d'autres troubles anxieux (trouble panique, phobie spécifique et phobie sociale) et de troubles de l'humeur, qui prennent souvent la forme de dépression (pour un taux de prévalence de 80 pour cent sur la vie).

## Trouble anxieux dû à une affection médicale générale [12]

*L'état de souffrance soudaine qui transparaissait sur le visage d'Aline laissait percevoir chaque épisode d'irrégularité de son rythme cardiaque. Lorsque Aline a soudainement commencé à ranger son pupitre et à aligner ses stylos et ses crayons, son enseignant savait ce qui se passait : elle se préparait à mourir.*

Pour déterminer si les symptômes anxieux sont dus à une affection médicale générale, le clinicien doit tout d'abord établir la présence d'une affection médicale générale en vérifiant l'histoire médicale de la personne, en faisant un examen physique et en étudiant les résultats des examens médicaux complémentaires. Le clinicien doit également vérifier s'il y a un lien entre les premiers symptômes d'anxiété et les différents stades de la maladie (premiers signes, progression, rémission).

Voici des affections médicales qui causent souvent des symptômes anxieux :

- les affections endocrines (glandes) comme l'hyper et l'hypothyroïdie (soit un fonctionnement trop rapide ou un fonctionnement trop lent de la thyroïde), l'hypoglycémie (faible quantité de glucose sanguin);

[12] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition) (p. 514-516), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

- les affections cardiovasculaires, comme l'insuffisance cardiaque (la plénitude excessive des vaisseaux sanguins du cœur), l'arythmie (l'irrégularité du rythme cardiaque);
- les affections respiratoires, comme l'hyperventilation, la pneumonie, l'asthme;
- les affections métaboliques, comme l'anémie pernicieuse (déficit en vitamine $B_{12}$);
- les affections neurologiques, comme l'encéphalite (inflammation du cerveau).

Les symptômes du trouble anxieux dû à une affection médicale générale peuvent comprendre des symptômes nets d'anxiété généralisée (soucis d'un certain nombre d'événements ou d'activités), des attaques de panique (période d'anxiété ou de malaise très intense accompagnée de symptômes physiologiques et de craintes) ou des obsessions et des compulsions (pensées et comportements répétés).

## Trouble anxieux induit par une substance [13]

*Le matin en classe, tout va bien pour Charles. Cependant, après le dîner, il est agité et croit que quelque chose ne va pas. Un autre élève a dit à l'enseignant que Charles a pris du LSD à l'heure du midi.*

Certains médicaments prescrits pour les enfants ainsi que certaines substances non prescrites – comme le tabac, la drogue, l'alcool et les substances inhalées – consommées par les adolescents peuvent causer des symptômes anxieux prononcés et une performance amoindrie chez les usagers de ces médicaments ou substances, que ce soit au stade de l'intoxication ou du sevrage. À la lumière de ce diagnostic, les symptômes anxieux sont le résultat d'un processus physiologique reconnu suivant la consommation d'une substance (médicaments, drogue ou toxines).

Des troubles anxieux peuvent survenir en association avec une intoxication par une substance appartenant aux classes suivantes : alcool, amphétamines (uppers), caféine, cannabis, cocaïne, hallucinogènes comme le LSD, la psilocybine (champignons magiques), la mescaline, la PCP ou poussière d'ange et les substances inhalées. Des troubles anxieux peuvent survenir en association avec le sevrage à une substance appartenant aux classes suivantes : alcool, cocaïne, anxiolytiques et autres substances.

[13] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles anxieux* (4e édition) (p. 517-521), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Les médicaments qui ont été rapportés comme pouvant provoquer des symptômes anxieux comprennent les analgésiques, les anesthésiques, les bronchodilatateurs, l'insuline, les préparations thyroïdiennes, les contraceptifs oraux, les antihistaminiques, les stéroïdes, les anticonvulsivants, les médicaments antipsychotiques et les antidépresseurs.

Les métaux lourds et les toxines peuvent également causer des symptômes anxieux lorsqu'ils sont inhalés. Ils comprennent des substances comme l'essence, la peinture, la colle, les solvants, les insecticides et d'autres substances du genre.

Les symptômes et les comportements anxieux découlant de l'ingestion ou de l'inhalation de substances prennent la forme d'une anxiété généralisée, d'attaques de panique, de symptômes obsessionnels-compulsifs ou de phobies spécifiques.

## PHOBIES

### Phobie spécifique [14]

*Juliette est âgée de 14 ans. À l'automne, elle s'est absentée pendant plusieurs jours sans donner d'explications. Le dernier jour de classe, elle semblait nerveuse et lorsqu'elle est revenue, on aurait dit qu'elle était prête à se sauver. Plusieurs jours plus tard, lorsqu'on a annoncé que l'infirmière de la santé publique était de retour pour donner les vaccins contre la rubéole à ceux qui n'avaient pas encore eu la chance de l'avoir, Juliette s'est évanouie en classe.*

Contrairement au trouble d'hyperanxiété de l'enfant où celui-ci connaît une anxiété excessive lors de certains événements ou activités qui prennent place à différentes périodes et différents endroits, l'enfant souffrant de phobie spécifique a peur d'objets ou de situations, ou a peur à la seule pensée de ces objets et de ces situations. Au stade de l'enfance et de l'adolescence, les craintes sont courantes, mais elles ne justifient pas le diagnostic de phobie spécifique à moins qu'il n'y ait dysfonction grave sur le plan scolaire ou social pendant au moins six mois. Souvent, les enfants ayant des phobies spécifiques expriment leur anxiété de manière non verbale par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement. Bien que les adolescents et les adultes ayant ce trouble reconnaissent que leur peur est excessive ou irraisonnée, cela peut ne pas être le cas chez les enfants. Les phobies peuvent se développer en réaction à un nombre infini

[14] Tiré de *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition) (p. 476–483), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

d'objets ou de circonstances. Les types communs de phobies spécifiques sont :

- la phobie des animaux : la peur est induite par les animaux ou les insectes, ce qui comprend les reptiles et les araignées; on observe les premiers symptômes généralement dans l'enfance;
- la phobie des éléments naturels : la peur est induite par des éléments de l'environnement naturel tels les orages, les hauteurs et l'eau; les premiers symptômes s'observent généralement dans l'enfance;
- la phobie du sang – injection – accident : la peur est induite par le fait de voir du sang ou un accident ou d'avoir une injection ou toute autre procédure médicale ou dentaire invasive, comme des points de suture pour refermer une plaie; cette peur est hautement familiale et est souvent caractérisée par des évanouissements; les premiers symptômes se déclarent généralement dans l'enfance;
- la phobie de certaines situations : la peur est induite par une situation spécifique tels les transports en commun, les tunnels, les ponts, les voyages aériens, les ascenseurs, les escaliers roulants ou les endroits clos; les premiers symptômes apparaissent généralement pendant l'adolescence.

Les facteurs prédisposants au début des phobies spécifiques incluent des événements traumatiques tel le fait d'être attaqué ou d'être impliqué dans un accident de voiture. Certaines informations obtenues de la famille et des médias peuvent également déclencher une phobie spécifique.

Lorsqu'une personne a une phobie spécifique, elle est susceptible d'avoir d'autres phobies spécifiques se rapportant à la première, comme la peur des chiens et des lézards. Les femmes souffrent plus souvent de phobies spécifiques. En moyenne, dix pour cent de la population à un moment donné a des phobies assez prononcées pour justifier le diagnostic de phobie spécifique.

## Phobie sociale [15]

*Joanne, le visage rouge et en état de panique, a non seulement refusé de faire son discours devant la classe, mais elle n'a même pas fait l'effort de rédiger son discours, au grand désarroi de son enseignante. C'est comme si elle n'avait jamais eu à faire ce travail.*

---

[15] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition) (p. 483–490), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Qui n'a pas déjà eu le trac, ou n'a pas déjà été timide ou tendu en présence d'étrangers? Une anxiété ou un comportement d'évitement social transitoire est particulièrement commun dans l'enfance et l'adolescence. Pour certaines personnes cependant, ces symptômes sont tellement prononcés et persistants qu'ils nuisent à la routine quotidienne, au fonctionnement scolaire ainsi qu'à la vie sociale et familiale.

Les personnes ayant une phobie sociale sont préoccupées par leur gêne et craignent qu'autrui ne les juge comme étant anxieux, faibles, fous ou stupides. Chez les enfants, le trouble peut s'accompagner de pleurs, d'accès de colère, de réactions de figement ou d'agrippement. Aussi, l'enfant craint les situations sociales où se trouvent des personnes qu'il ne connaît pas bien dans un milieu qui lui est familier, comme lorsqu'il y a des visiteurs à la maison.

Les adolescents ayant une phobie sociale reconnaissent généralement que leur peur est excessive ou irraisonnable, alors que ce n'est pas toujours le cas pour les enfants. Les enfants ayant une phobie sociale peuvent éviter :

- d'aller à l'école;
- de jouer avec d'autres enfants;
- de parler à la classe ou en classe;
- de participer à de petites activités ou discussions de groupe;
- de manger, de boire ou d'écrire en public;
- d'aller aux toilettes publiques;
- d'amorcer ou d'entretenir des conversations;
- de s'adresser à des symboles d'autorité;
- d'aller à des fêtes;
- de sortir avec un garçon ou une fille.

En général, l'enfant ayant une phobie sociale évite les situations qui l'effraient. De plus, avant la situation sociale redoutée, il ressent une anticipation anxieuse marquée. Souvent, cette anticipation mène à une prophétie qui se réalise puisque son fonctionnement est diminué par la crainte et les pensées négatives qui précèdent l'événement.

Bien que certains enfants redoutent des rencontres sociales particulières, d'autres généralisent leur peur à la plupart des situations sociales, qu'il s'agisse d'une interaction en public ou avec une seule autre personne. Ces élèves sont susceptibles d'avoir des aptitudes sociales inadéquates. Ils ont peut-être de la difficulté à s'affirmer, ils peuvent éprouver un sentiment d'infériorité, être hypersensibles à la critique, exercer une critique sévère à leur propre égard et éviter

systématiquement le regard des autres. En général, les réseaux de soutien social de ces enfants ne sont pas très larges. Dans les cas plus graves, les élèves peuvent décrocher de l'école, être incapables de passer des entrevues pour se trouver un emploi, s'accrocher à des relations insatisfaisantes ou n'avoir pour seuls contacts que les membres de leur famille. Dans certaines cultures, la peur ne se rapporte pas au fait d'être embarrassé, mais plutôt au fait d'offenser les autres dans des situations sociales. Par exemple, pour certaines cultures, le fait de rougir et d'avoir des contacts par le regard est une source d'offense.

La phobie sociale se développe typiquement vers le milieu de l'adolescence. Elle fait parfois suite à une inhibition sociale ou à une timidité datant de l'enfance. Les premiers symptômes peuvent se déclarer à la suite d'une expérience stressante ou humiliante ou bien peut être insidieux. Lorsque la phobie sociale prend sa source dans l'enfance, l'enfant n'a pas la possibilité d'optimiser son fonctionnement social. Par contre, lorsque la phobie sociale commence à l'adolescence, le fonctionnement social diminue, généralement de pair avec le rendement scolaire.

À l'adolescence, certains symptômes de phobie sociale peuvent être reliés à un trouble mental ou un trouble médical, comme un cas d'acné grave ou d'autres états dermatologiques, le bégaiement, un trouble des conduites alimentaires ou l'épilepsie. La phobie sociale a tendance à affliger davantage les filles que les garçons.

## BIOLOGIE DE L'ANXIÉTÉ

Il existe maintenant de nombreuses indications qui portent à croire que les causes du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) sont d'ordre biologique. Ces preuves sont tirées d'études génétiques, d'études sur le fonctionnement structural du cerveau, ainsi que de l'étude psychopharmacologique de divers médicaments et de leurs effets sur certains systèmes neuromédiateurs du cerveau.[16]

Dans le cas du trouble d'hyperanxiété de l'enfant, bien que les preuves attribuables aux facteurs génétiques ne soient pas concluantes, il semble exister de minces possibilités d'héritabilité comme pour les autres troubles anxieux. Selon de récents travaux de recherche, les enfants souffrant d'hyperanxiété pourraient avoir un déficit sur le plan du neuromédiateur GABA, qui joue un rôle dans la façon dont le cerveau bloque l'anxiété dans une situation stressante.

---

[16] Tiré de *Abnormal psychology and modern life* (10e édition) (p. 189) de R.C. Carson et al., 1998, New York, New York

Pour ce qui est de l'anxiété de séparation, des souffrances physiques, comme les maux d'estomac, les maux de tête, la nausée et les vomissements peuvent se manifester lorsqu'il y a séparation ou lorsque la séparation est imminente. Les symptômes cardiovasculaires, comme les palpitations, les étourdissements et les sensations d'évanouissement sont rares chez les jeunes enfants. Elles peuvent cependant être présentes chez les enfants plus âgés.

Les inquiétudes quotidiennes qui caractérisent le trouble d'hyperanxiété de l'enfant sont susceptibles d'être accompagnées de symptômes physiques, comme la sensation d'être surexcité ou énervé, les tremblements, la tension musculaire et les douleurs musculaires. Parmi les autres symptômes physiques, notons les mains moites et froides, la bouche sèche, la transpiration, la nausée, la diarrhée, la pollakiurie (soit l'émission fréquente de petites quantités d'urine), le fait d'avoir une « boule » dans la gorge, les maux de tête et un réflexe de sursaut exagéré.[17]

Sur le plan des phobies spécifiques, outre les expériences de conditionnement, les facteurs génétiques et caractériels ont une corrélation positive sur l'acquisition de phobies spécifiques.

Les enfants ayant une phobie sociale ont presque toujours des symptômes physiques dans les situations qu'ils redoutent. Ces symptômes prennent diverses formes : tremblements, voix chevrotante, transpiration, diarrhée et confusion. Le rougissement est une caractéristique courante et particulière de la phobie sociale.

Des études récentes ont permis de démontrer qu'il peut exister un lien entre la génétique et la phobie sociale, tout comme il existe un lien entre le tempérament, l'expérience et la phobie sociale.

## DÉCLENCHEURS D'ANXIÉTÉ

### Réactions d'autrui par rapport à des objets ou à des événements

L'exemple donné aux enfants par des parents surprotecteurs, qui réagissent de façon anxieuse aux diverses menaces ou dangers de la vie quotidienne, qu'ils soient réels ou inventés, constitue une cause importante de réactions anxieuses chez les enfants. Ce genre de comportement peut transmettre un manque d'assurance en ce qui a trait à l'aptitude de l'enfant à faire face à diverses situations sans l'aide d'un adulte.

---

[17] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4ᵉ édition) (p. 433), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Parfois, les personnes ayant une phobie spécifique[18] acquièrent leur phobie en observant la réaction craintive d'une autre personne qui craint l'objet ou une situation qui est à la source de sa phobie. Cette constatation a des incidences sur les adultes qui modélisent des comportements anxieux en présence d'enfants ou d'adolescents.

Le conditionnement direct ou vicariant (l'enfant développe une phobie en observant les réactions négatives d'autrui par rapport à une situation sociale) semble expliquer la majorité des phobies sociales.[19]

### Le fait d'observer ou de vivre un événement traumatisant ou effroyable

Les expériences de la vie devant lesquelles les enfants n'ont pas l'impression de maîtriser la situation ou d'être en mesure de prévoir ce qui se passera peuvent les prédisposer à l'anxiété à l'avenir. Puisque les mécanismes d'adaptation des enfants découlent de leurs perspectives négatives sur le monde, ces mécanismes peuvent être activés automatiquement lorsqu'ils perçoivent une situation étrange ou dangereuse. Chez les enfants sujets à l'anxiété, celle-ci altère le traitement de l'information menaçante de manière telle qu'ils ne prêtent attention qu'aux aspects menaçants et non pas aux aspects rassurants. Toute information ambiguë est, par conséquent, interprétée comme une menace.

### Faible estime de soi et manque de confiance

Les sentiments de compétence et de sécurité qui sont minés en raison d'une maladie, d'un accident, d'un handicap ou de décès étant à la source de souffrances physiques et émotives considérables, comme une hospitalisation, un déménagement, un changement d'école, etc. suscitent des niveaux d'anxiété problématique chez les enfants.

### Tensions familiales chroniques et hostilité

Les enfants qui n'ont pas eu l'occasion de s'épanouir ou qui ne sont pas suffisamment encadrés dans leurs occasions d'épanouissement, par exemple à l'école, perdent graduellement leur estime de soi et leur concept de soi. Cela a pour effet d'engendrer l'anxiété, le repli sur soi et l'évitement des situations menaçantes. Lorsque les enfants n'ont pas l'impression d'être à la hauteur des attentes exagérées de leurs parents, ils peuvent avoir cette sensation.[20]

---

[18] Tiré de *Abnormal psychology in modern life* (10e édition) (p. 163–166), de R.C. Carson et al., 1998, New York, New York, Longman.
[19] Tiré de *Abnormal psychology in modern life* (10e édition) (p. 166–168), by R.C. Carson et al., 1998, New York, New York, Longman.
[20] Ibid., p. 544.

## TRAITEMENTS MÉDICAUX ET CLINIQUES

Seuls des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale peuvent poser des diagnostics de troubles anxieux. Par contre, les enseignants peuvent prêter main-forte en montant un dossier précis et en prenant des notes à partir de leurs observations, des interactions de l'élève ainsi que des signes de croissance chez l'élève, de rendement et de comportement. Les renseignements que nous donnons ici à propos des traitements médicaux et cliniques ont seulement pour but de sensibiliser les enseignants à ces troubles et à faire en sorte qu'ils connaissent mieux les thérapies auxquelles les élèves peuvent avoir accès à l'extérieur de l'école. Toutes les thérapies médicales et cliniques doivent être administrées et surveillées par des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale.

Il est important de traiter les troubles anxieux chez les jeunes afin que les comportements déviants ne se transforment pas en évitements plus prononcés, en dépression ou en pensées et en situations idiosyncratiques à l'adolescence et au début de la vie adulte.[21] Généralement, les enfants souffrant de troubles anxieux réagissent bien aux thérapies dont il est question ci-dessous. Ils ont rarement besoin d'être hospitalisés.[22]

### Thérapie cognitive du comportement[23]

La thérapie du comportement fait appel à des cours de relaxation, d'assertivité et de désensibilisation dans des situations de la vie quotidienne. Souvent, elle permet de rectifier le mauvais apprentissage à la source des troubles anxieux des enfants, surtout dans le cas de phobies spécifiques, de la phobie sociale et du TOC.[24]

La thérapie du comportement met l'accent sur l'élimination des symptômes anxieux et sur l'enseignement de comportements d'adaptation. Cette méthode fait appel à une exposition progressive à la situation suscitant l'anxiété. Au début, on demande à l'élève de s'imaginer en train de vivre la situation qui provoque l'anxiété. Avec l'aide du thérapeute, l'anxiété de l'élève s'atténue graduellement. Ensuite, on demande à l'élève de s'imaginer au prochain barreau de l'échelle d'anxiété et d'y rester jusqu'à ce qu'il maîtrise ce niveau d'anxiété.

---

[21] Tiré de *Abnormal psychology in modern life* (10ᵉ édition) (p. 545), de R.C. Carson et al., 1998, New York, New York, Longman.

[22] Tiré de *Study guide to accompany abnormal psychology in modern life* (10ᵉ édition) (p. 107) de D.C. Foules, 1996, New York, New York, Harper Collins College Publications.

[23] Ibid., p. 192–193.

[24] Ibid., p. 545.

Par la suite, l'élève doit dépasser le stade de l'imaginaire et relaxer dans le bureau du thérapeute tout en étant exposé à une situation réelle en compagnie, d'abord, du thérapeute, puis d'un ami, et puis seul. L'élève affronte ses pires craintes jusqu'à ce que l'anxiété diminue. À ce moment, il se rend compte que ses pires craintes ne se concrétiseront pas et son anxiété se dissipe graduellement. Ce genre de thérapie d'exposition est particulièrement utile dans le traitement de la phobie spécifique et de la phobie sociale.

La thérapie cognitive part du principe que si les gens sont anxieux, c'est en raison de pensées, de croyances et d'attitudes négatives. Pour commencer, le thérapeute aide l'élève à cerner ses pensées automatiques, qui sont généralement irrationnelles et qui reposent sur les pires éventualités. Ensuite, ils travaillent ensemble pour changer ces pensées en faisant une analyse logique. La thérapie cognitive porte particulièrement fruits dans les cas de phobie sociale ou d'hyperanxiété de l'enfant. Ce n'est toutefois pas le cas de la phobie spécifique.

La thérapie cognitive et la thérapie du comportement s'appuient toutes deux sur une théorie commune de l'apprentissage fondamental, qui met l'accent sur l'élimination des symptômes ou sur leur maîtrise.

### Thérapie familiale

Puisque la vie des enfants est liée de si près à celle des membres de leur famille, des méthodes indirectes telles que la thérapie familiale permettent souvent de venir à bout des comportements et des sentiments anxieux chez les enfants.

Dans le cadre de la thérapie familiale, on considère les problèmes de l'enfant comme s'ils faisaient partie intégrante des problèmes de la famille. On émet l'hypothèse suivante : si l'on parvient à résoudre les problèmes de la famille, on réglera également les problèmes de l'enfant. La thérapie familiale met l'accent sur les communications, les rôles, la maîtrise du comportement, la résolution des problèmes, l'éducation, le stade de développement, le réseau de soutien, l'état physique et mental, les relations conjugales, les relations entre frères et sœurs, les facteurs du milieu, l'origine ethnique, l'éthique et les valeurs, les habiletés d'adaptation et la vision du monde.

Il peut être avantageux pour les enfants qui suivent une thérapie par le jeu de participer à des séances occasionnelles de thérapie familiale visant à aider les parents à se tenir au courant de l'épanouissement de leur enfant et à les aider à lui venir en aide. Pour leur part,

les adolescents peuvent suivre une thérapie individuelle, bien qu'ils doivent parfois suivre des séances de thérapie familiale afin de résoudre des questions que les jeunes adultes ne peuvent pas régler seuls.

### Thérapie de groupe

Grâce à la thérapie de groupe, les adolescents ont l'occasion de mettre en pratique de nouveaux comportements et de recevoir des commentaires de la part d'autres membres du groupe et du thérapeute dans un milieu favorable. Du point de vue théorique, les thérapies de groupe ont diverses orientations mais généralement, elles sont axées sur les relations.

### Thérapie psychodynamique

La thérapie psychodynamique vise à aider les élèves à se comprendre, à comprendre leurs problèmes, leurs relations et leur place dans le monde, ainsi qu'à les aider à acquérir des attitudes plus saines et de meilleures habiletés d'adaptation. Ce genre de thérapie, qui est une thérapie à long terme, attache beaucoup d'importance à la relation individuelle qui existe entre le thérapeute et l'élève. Elle a précisément pour but d'aider les élèves à explorer les conflits inconscients qui sont sous-jacents à leurs symptômes anxieux.

Pour les enfants, la thérapie par le jeu constitue une thérapie psychodynamique. La thérapie par le jeu aide les enfants à exprimer ces aspects troublants d'eux-mêmes par le jeu et non pas par les mots. Dans ce cas-là, le thérapeute observe l'enfant en train de jouer dans une pièce spécialement conçue à cette fin. À partir de ses observations, il tente de déterminer à quoi se rapportent les conflits, les sentiments et les émotions excessives de l'enfant. L'établissement d'une relation positive avec le thérapeute permet à l'enfant de vivre une expérience émotionnelle corrective, en plus de lui donner la possibilité de conquérir ses craintes et de trouver un lieu sûr pour remplacer l'anxiété.[25]

La thérapie par le jeu permet de traiter efficacement l'anxiété de séparation, le trouble d'hyperanxiété de l'enfant, le trouble de stress post-traumatique et l'état de stress aigu.

---

[25] Tiré de *Abnormal psychology in modern life* (10e édition) (p. 546), de R.C. Carson et al., 1998, New York, New York, Longman.

## Médicaments

Souvent, les médecins de famille ou les pédiatres recommandent les patients ayant des symptômes anxieux et des symptômes physiques à un psychiatre. La thérapie par les médicaments est de plus en plus préconisée pour les enfants, bien que l'on se demande encore quels médicaments sont efficaces et à quel moment il faut les administrer. Un traitement psychopharmacologique constitue souvent une méthode efficace. Il arrive fréquemment que les enfants et les adolescents cessent de prendre leurs médicaments en raison de leurs effets secondaires désagréables ou encore, parce qu'ils commencent à se sentir mieux et qu'ils croient ne plus en avoir besoin. Il s'agit là de l'un des grands inconvénients de la thérapie par les médicaments.

## Stratégies pour aider les élèves ayant des troubles anxieux à l'école

Les enseignants peuvent aider à réduire les effets négatifs de l'anxiété problématique en enseignant des stratégies d'adaptation réconfortantes, en les mettant en pratique et en aidant les élèves à « éviter l'évitement ».

*Tous les matins, l'enseignante de Pascal prend soin de lui demander comment il va lorsqu'elle le salue. Si la journée de Pascal ne s'avère pas de bonne augure, ils ont déjà convenu que Pascal peut faire part de ses pensées à son enseignante, qu'il peut écouter de la musique douce, faire une marche en direction du bureau du conseiller et lui parler s'il le désire, prendre un petit moment de répit dans un coin de la classe qui est à l'écart des autres, ou jouer avec de la pâte à modeler. Les périodes accordées à ces activités font l'objet d'une supervision étroite et elles sont raccourcies graduellement. Une fois qu'un climat confortable et sûr est établi, Pascal est mieux en mesure de maîtriser ses sentiments, de se fixer des objectifs et au bout du compte, il est capable de réagir au « compte de 1, 2, 3 » sans cesser toute activité lorsqu'il est dépassé par les événements. Pascal a souvent des hauts et des bas, ce qui signifie qu'il doit souvent recommencer à zéro.*

*Jeanine arrive souvent à l'école en pleurant, en disant qu'elle a mal au ventre, qu'elle a mal à la tête ou que quelqu'un lui a fait de la peine. Elle demande souvent la permission d'aller aux toilettes ou d'aller boire. Contrairement à Pascal, Jeanine essaie vraiment de se concentrer sur son travail. Elle est sensible aux besoins de ses pairs, elle les aide et elle aime plaire à ses enseignants, bien qu'elle soit souvent sur le point de fondre en larmes. Tous les jours, Jeanine prend le temps de jaser avec son enseignante. Lorsqu'elle a l'air vulnérable, son enseignante lui prête une attention particulière. Jeanine sait qu'elle peut lui faire part de ses pensées lorsqu'elle en ressent le besoin.*

*Maintenant, ces deux enfants viennent à l'école plus régulièrement bien qu'ils soient souvent en retard, ce qui pose un problème. Jeanine peut finir par aimer ses journées et dans le cas de Pascal, de deux à trois jours peuvent s'écouler sans qu'il n'ait de problèmes.*

### De concert avec les parents

Lorsque les élèves font face à des attentes de rendement excessivement élevées, les enseignants doivent s'adresser aux parents pour fixer des objectifs plus réalistes et remédier à la situation. Suggérez aux parents d'élargir les horizons de leur enfant très anxieux en lui parlant et en lui offrant un exemple de vie équilibrée. Suggérez également aux parents des moyens pratiques d'établir des relations positives avec leurs enfants afin que ces derniers se sentent mieux en mesure de faire part de leurs inquiétudes à leurs parents. Aidez les parents à modifier les attentes exagérées et irréalistes, susceptibles d'être à la source du trouble anxieux.

Dans le cas d'une anxiété de séparation marquée, les enseignants peuvent être obligés de réduire ou de restreindre les contacts entre les parents et leurs enfants à l'école. Parfois, la surprotection des parents fait en sorte que les enfants évitent les responsabilités, ce qui a pour effet d'accroître l'anxiété de ces élèves et de réduire leur autonomie.

Il incombe aux parents et aux médecins des préadolescents de décider s'ils prendront des médicaments ou non. Cependant, les adolescents ont généralement leur mot à dire dans ce domaine. Dans certains cas, le personnel de l'école peut suggérer aux parents de faire évaluer la santé mentale de leur enfant afin que le personnel de l'école et les membres de la famille soient mieux en mesure de comprendre la nature de l'anxiété de l'enfant et de savoir comment lui offrir un soutien qui pourrait se poursuivre à la maison.

### De concert avec les collègues

Les conseillers, les administrateurs, les aides-enseignants et le personnel de soutien peuvent également venir en aide aux élèves anxieux.

Si vous recommandez un élève anxieux au conseiller de l'école, faites-le avec tact afin de ne pas empirer la situation. Lorsque vous présentez l'élève au conseiller, procédez ainsi : « M. S. est très bon dans ce domaine ». Vous pouvez aussi lui dire qu'en tant qu'enseignant, vous devez vous fier sur le conseiller pour avoir accès à son expertise. Il peut être bon, pour l'enseignant, de participer à la première rencontre.

Faites-vous le défenseur de ces élèves pour qu'ils aient droit à des programmes et à des services d'enseignement appropriés, comme l'enseignement à domicile à long terme ou à court terme pendant les périodes d'anxiété aiguë. De plus, préconisez le maintien de l'élève en salle de classe, surtout à l'élémentaire, puisque cela a pour effet de préparer les élèves au milieu scolaire plus complexe dans lequel ils évolueront par la suite. Lorsque les élèves sont plus âgés, demandez à ce qu'ils aient droit à de l'aide à l'école. Cette aide peut leur être fournie par les conseillers et les travailleurs sociaux de l'école, les aides-enseignants et les enseignants à l'enfance en difficulté. Les enfants nouent des relations avec divers enseignants et ceux-ci doivent tous favoriser l'épanouissement des élèves au-delà des activités scolaires.

## De concert avec les organismes communautaires et les professionnels de la santé mentale

Il arrive souvent que les enseignants travaillent de concert avec le personnel d'organismes et les professionnels de la santé. On demande fréquemment aux enseignants de tenir un journal, de remplir des listes de contrôle et de faire des rapports d'anecdotes aux spécialistes externes qui traitent les élèves souffrant de phobies ou d'autres troubles anxieux. Parfois, les médecins se servent de ces rapports pour suivre de près et évaluer l'efficacité d'un traitement pharmacologique. Cependant, les enseignants ne doivent partager l'information privilégiée que lorsque les parents y ont consenti ou lorsque la loi les y oblige.

## Stratégies pour aider les élèves ayant des troubles anxieux en classe

### Sensibilisation

Les enseignants doivent savoir à quoi ressemblent les troubles anxieux à l'école. Chez les élèves, l'anxiété excessive peut se manifester ainsi :

- ils refusent de faire leurs travaux;
- ils sont anxieux quand vient le temps des examens;
- ils réagissent à certaines choses qu'ils voient, qu'ils entendent ou qu'ils sentent à l'école;
- ils se plaignent d'avoir très froid;
- ils vont souvent aux toilettes;
- ils ont des problèmes d'assiduité;
- ils ont des comportements répétitifs qui caractérisent les perfectionnistes;
- ils s'agrippent à leurs parents ou à leur enseignant.

Certains de ces comportements, comme le refus de faire les travaux et le fait d'avoir très froid, peuvent être considérés à tort comme un comportement oppositionnel avec provocation.

**Milieu favorable**

Une fois que vous êtes conscient de la situation, n'hésitez pas à nommer les sentiments anxieux pour l'élève qui n'est peut-être pas capable de le faire. En nommant les sentiments, les personnes concernées auront l'impression de les contrôler. Par la même occasion, racontez une anecdote personnelle à votre élève ou une anecdote d'un autre élève ou encore, demandez à un élève qui a vécu une anxiété semblable de parler à cet élève. Faites attention de ne pas montrer d'anxiété afin de ne pas empirer la situation du point de vue de l'élève.

Vous pouvez également aider les élèves anxieux en leur parlant de ce qui suit :

- du fait qu'il existe des moyens de remédier à leur anxiété;
- du fait qu'il faut s'efforcer d'atteindre les objectifs scolaires et qu'ils ne peuvent être évités;
- de l'importance de s'engager à travailler de concert avec l'enseignant et les autres pour venir à bout de leurs symptômes anxieux;
- des mesures qu'ils ont prises ou qu'ils seraient prêts à prendre pour venir à bout de leur anxiété.

**Relation élève – enseignant**

Dans le cas d'élèves souffrant d'hyperanxiété, la relation qui existe entre l'enseignant et l'élève revêt une importance particulière. La confiance s'établit au fur et à mesure que les enseignants s'approchent de l'élève, sans toutefois empiéter sur les limites de leur rôle, et permettre à l'élève d'éviter de prendre ses responsabilités en classe. Ce processus ne se concrétise pas du jour au lendemain et les élèves doivent avoir suffisamment d'occasions de verbaliser leurs inquiétudes, souvent avec répétition, afin de prendre du recul par rapport à la situation pour mieux la comprendre. Souvent, il faut jusqu'à six mois pour que les modèles de comportement anxieux se dissipent. Il faut faire preuve de persistance pour faire face aux modèles de pensée, de sentiments et de comportement des enfants souffrant d'hyperanxiété.

**Milieu**

*Les résultats de Jérôme à ses examens du secondaire ont été catastrophiques. Son enseignant a remarqué qu'il y avait un trop grand écart entre son rendement en classe et ses résultats d'examen. C'est donc pour cette raison qu'il a décidé d'adapter les*

*séances d'examen en conséquence. Il a donné la permission à Jérôme de faire les examens séparément des autres élèves de la classe, dans un bureau tranquille ne ressemblant pas à une classe. Il lui a donné plus de temps qu'aux autres élèves, lui a permis d'utiliser un baladeur pour écouter la musique de son choix et lui a donné la liberté de se lever pour bouger. En changeant de milieu, les résultats de Jérôme se sont améliorés au point où il ne voulait plus de dispositions spéciales pour faire ses examens.*

L'adaptation du milieu peut aider à maîtriser l'anxiété. Une routine et un milieu prévisibles peuvent aider énormément les élèves anxieux dans leur démarche. En permettant à l'élève qui est anxieux en raison de ses examens de travailler dans un autre local, cela peut le distraire juste assez pour réduire le stress. Lorsque vous vous approchez d'un élève anxieux, arrivez par devant afin de réduire son réflexe de sursaut. Le mouvement physique, comme le fait de faire une marche dans le couloir, de faire une commission, de bouger les pupitres et d'aller se laver les mains et le visage aux toilettes, peut servir à réduire la tension anxieuse. Par ailleurs, des travaux d'arts plastiques à une table sur laquelle se trouve de la pâte à modeler ou du sable, le fait d'écouter une histoire, de la musique ou des exercices de relaxation à l'aide d'écouteurs peuvent également aider les élèves à surmonter une période d'anxiété.

**Établissement d'objectifs**

*Jacques est en 3^e^ année. Ne serait-ce que pour accomplir une tâche, il a besoin d'une tranquillité absolue. Son enseignante a remarqué que le bruit le dérange. Ensemble, ils se sont donc fixé un objectif et ont fait un plan. Après l'enseignement de la matière, Jacques devait rester en classe pendant cinq minutes pour commencer son travail, après quoi il devait se rendre dans un endroit tranquille de l'école pour terminer son travail. Avec le temps, la durée passée en classe augmentait puisque Jacques semblait capable de faire face à la situation. En classe, Jacques recourt aux réflexions d'autopersuasion au besoin. Il se dit des phrases comme : « Je vais faire comme si le bruit qui me dérange n'existait pas. Comment puis-je y arriver? Mon objectif, c'est de travailler pendant de plus longues périodes en classe. Je vais réussir. » Au cours d'une période de trois mois, Jacques s'est amélioré au point de pouvoir rester en classe pendant toute la tâche et son anxiété s'est dissipée entièrement.*

Il est important d'établir des objectifs lorsqu'on fait affaire à des élèves anxieux. Les objectifs doivent être progressifs, et les progrès doivent être consignés. Les objectifs subséquents peuvent être fixés

lorsque l'élève est prêt. Lorsque les enseignants normalisent les régressions inévitables, les élèves peuvent être prêts à les affronter.

L'annexe, aux pages 66-67, renferme un modèle pour surveiller les objectifs : le « Plan de l'élève » et un échantillon rempli de « Plan de l'élève ».

**Réflexions d'autopersuasion positives**

Il faut enseigner aux élèves les effets de l'autopersuasion. Les réflexions d'autopersuasion positives, tel que l'a fait Jacques ci-dessus, ce sont des courants de pensée qui sont consciemment axés sur un sujet. Il s'agit d'une conversation intérieure qui aide les élèves à atteindre leurs objectifs. L'autopersuasion peut également être négative lorsque les messages intérieurs érodent la confiance et l'espoir d'être capable d'accomplir quelque chose. Par exemple, si Jacques se disait ce qui suit, il s'agirait d'autopersuasion négative : « Je ne serai pas capable de faire comme si le bruit qui me dérange n'existait pas. Comment puis-je fuir le bruit qui me dérange? Mon objectif, c'est de travailler plus longtemps en classe, mais je ne crois pas pouvoir y arriver. » Lorsque les réflexions d'autopersuasion négative envahissent la conversation intérieure, avec le temps, l'érosion de la confiance en soi se généralise à de nombreuses situations, ce qui a pour effet d'isoler ces élèves encore plus de leurs vraies aptitudes et des autres.

Les réflexions d'autopersuasion positive, soit l'antidote de la réflexion d'autopersuasion négative, sont des habiletés qui peuvent facilement être montrées par l'enseignant. Dans le cas de certains élèves, avant d'enseigner les habiletés de réflexion et d'autopersuasion, il faut d'abord expliquer le concept du courant de la pensée – la conversation intérieure. En recourant à des analogies de la vie quotidienne, tirées de l'histoire, de la littérature, des sports ou de la culture populaire par exemple, l'enseignant peut aider un élève à comprendre comment les héros de la société n'auraient pas aussi bien réussi s'ils n'avaient pas fait de réflexions d'autopersuasion positive.

**Communication**

La communication entre l'élève et l'enseignant doit être claire et régulière. En prévoyant un échange de regards ou d'autres signes, l'élève peut faire signe subtilement à l'enseignant de venir l'aider. Le fait de dire : « Tu me sembles inquiet aujourd'hui » et non pas « Tu es inquiet aujourd'hui » laisse entendre que l'élève n'est pas nécessairement inquiet. Pour obtenir de meilleurs résultats, l'enseignant doit commencer au niveau de détresse de l'élève, et

travailler en vue de réduire les tâches menaçantes jusqu'à ce qu'il se sente à l'aise. Les situations qui sont à la source d'anxiété doivent être réparties en composantes, qui servent alors à suggérer des solutions. Des conversations de deux ou trois minutes avec l'élève à l'extérieur de la classe, une fois que les cours sont commencés, peuvent porter fruits. Une fois en classe, un signe visuel peut faire en sorte que l'enseignant s'approche de l'élève pour le rassurer.

**Distractions**
La création de distractions peut constituer une méthode utile pour les enseignants ayant des élèves anxieux. Dans le cas d'élèves plus âgés qui sont anxieux pendant les périodes d'examen, suggérez-leur de porter des chaussettes ou des boucles d'oreilles dépareillés, ce qui aura pour effet de les éloigner de leur obsession des examens. Recourez à l'humour et à des jetons (qui pourraient prendre la forme de bonbons chassant le stress) pour distraire les élèves anxieux qui font un travail leur procurant du stress.

**Visualisation**
La visualisation est une technique que les élèves peuvent employer pour surmonter des obstacles éventuels. Dans le cadre de la visualisation, l'élève doit s'imaginer la situation qui est à la source de l'anxiété de même qu'une solution. Par exemple, l'élève qui a peur de faire des exposés en classe peut s'imaginer en train de faire son exposé à son enseignant ou à un ami seulement.

**Être réaliste**
Soyez réaliste avec les élèves anxieux afin de les aider à éviter des pièges pour lesquels ils ne possèdent pas la maturité et l'expérience nécessaires. Aidez l'élève souffrant de phobie sociale à se rendre compte que son rêve de carrière qui consiste à devenir commentateur sportif n'est pas réaliste, mais qu'il pourrait tout de même devenir rédacteur ou chercheur dans ce domaine.

**Groupe de pairs**
Le groupe de pairs de l'élève est une autre ressource de l'école qui peut aider l'élève anxieux. Voici notamment deux manières dont vous pouvez avoir recours aux pairs pour venir en aide aux élèves anxieux : placez un élève anxieux à côté d'un élève plus confiant, ou utilisez les séances de groupe pour faire du remue-méninges afin de trouver des solutions à des situations susceptibles de provoquer l'anxiété.

**Commentaire sur les stratégies**

Cette liste de stratégies n'est pas exhaustive. Cependant, si ces stratégies sont utilisées avec prudence, elles auront des incidences sur l'anxiété paralysante des élèves hyperanxieux.

## Plan de l'élève

Nom de l'élève : ____________________ Date : ______________

Date de l'analyse : ________________________________________

| Objectif |
| --- |
| |

Plan d'action de l'élève

Observations de l'enseignant

| Suivi de l'élève et de l'enseignant |
| --- |
| |

## Plan de l'élève

Nom de l'élève : Jacques Lannes Date : Le lundi 15 mars 1999

Date de l'analyse : Le vendredi 19 mars 1999 à 12 h 45

| Objectif |
|---|
| *Mon objectif consiste à travailler en classe pendant de plus longues périodes.* |

| Plan d'action de l'élève | Observations de l'enseignant |
|---|---|
| • *Je vais essayer de faire comme si le bruit qui me dérange n'existait pas.* | • *Il a semblé être capable de faire comme si le bruit fait par l'activité en petits groupes en études sociales, lundi et jeudi, n'existait pas.* |
| • *Je vais faire des réflexions d'autopersuasion positive. « Je vais faire comme si le bruit n'existait pas. Je peux y arriver! Je vais regarder la carte de consignes qui est collée sur mon pupitre. »* | • *Il a fait des réflexions d'autopersuasion positive. En études sociales et en arts langagiers le lundi, le mardi et le mercredi, il a consulté sa carte de consignes.* |
| • *Je vais m'installer dans un autre endroit de la classe pour m'éloigner du bruit.* | • *Il a essayé de faire comme si le bruit n'existait pas en s'installant dans un autre endroit de la classe pendant trois périodes consécutives après le dîner, soit le lundi, le mardi et le mercredi.* |
| • *Je vais me retirer de la classe.* | • *Il s'est retiré de la classe à deux reprises, une fois de son propre chef le mercredi matin et une fois lorsque je lui ai fait signe le jeudi après-midi.* |
| • *Je vais rester en classe après le cours pendant au moins dix minutes.* | • *Il est resté en classe après le cours pendant dix minutes à trois occasions ces deux derniers jours et pour le reste des cours le jeudi et le vendredi.* |

Suivi de l'élève et de l'enseignant

*Le 19 mars 1999 – Compte rendu de la semaine : L'enseignant a dû amplifier les gains réalisés. La semaine prochaine, les trois premiers points du plan d'action de l'élève seront conservés. Une modification sera apportée au quatrième point : « seulement une fois par jour » et le cinquième point sera modifié pour lire « 15 minutes par jour ». Ce plan révisé sera en vigueur à partir du 22 mars à 8 h 40 jusqu'au 26 mars à 12 h 45.*

71

**BIBLIOGRAPHIE**

(troubles anxieux)


**Sites Internet**

http://www.chu-rouen.fr/

http://redpsy.com

http://www.psp.ucl.ac.be/cps/

**Livres et revues**

ANDRÉ, C. (1999). *Les phobies*. Paris : Dominos-Flammarion.

BIRRAUX, A. (1995). *Les phobies*. Paris : PUF.

CARQUAIN, S. (1997). « Maman, j'ai peur! », *Châtelaine, 40*, 49-52.

CARREY, N. (1995). « Le traitement psychopharmacologique d'enfants et d'adolescents souffrant de trouble obessionnels-compulsifs », *Prisme, 5*, 145-149.

COUDERT, A. J. (1992). « Les états anxieux de l'enfant : fréquence, comorbidité et facteurs de risque », *L'Union médicale du Canada, 121*, 160-168.

GAREL, P. (1998). « Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent : continuité, comorbidité, chronicité », *Prisme, 8*, 94-112.

GUITOUNI, M. (1996). « Les nouvelles angoisses chez les jeunes enfants », *Psychologie préventive, 29*, 3-7.

JALENQUES, I. (1992). *L'enfant anxieux*. Paris : PUF.

LEGENDRE, C. (1997). « L'accompagnement par le psycho-éducateur d'adolescents dans des situations d'évitement scolaire », *Prisme, 7*, 580-587.

LEMOINE, L. (1998). « Quand les obsessions dévorent la vie », *Psychologie, 162*, 28-30.

MARCHAND, A. et A. LETARTE. (1994). *La peur d'avoir peur*. Québec : Stanké.

MARRA, P. (1997). « Phobie scolaire et trouble de l'anxiété en milieu scolaire », *Prisme, 7*, 570-580.

MOUREN-SIMÉONI, M.C. (1993). *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Maloine.

O'CONNER, K. (1996). « Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels-compulsifs », *Revue québécoise de psychologie, 17*, 165-197.

ROWAN, Renée. (1996). « La peur chez nos petits-enfants ». *Le Bel Âge, 10*, 50-52.

SERVANT, D. et P.J. PARQUET. (1997). *Les phobies sociales*. Paris : Masson.

VILA, G. (1994). « Estime de soi et troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent », *Prisme, 4*, 66-76.

# DÉPRESSION

**TABLE DES MATIÈRES**


Dépression ........ 73
Déclencheurs de dépression ........ 75
- Événements stressants ........ 75
- Déséquilibre biochimique du cerveau ........ 76
- Facteurs psychologiques ........ 77
- Facteurs génétiques ........ 78

Caractéristiques ........ 78
- Difficultés à se concentrer et à prendre des décisions ........ 79
- Perte d'intérêt envers les activités ........ 79
- Évitement des gens ........ 79
- Sentiments de détresse ou de deuil accaparants ........ 80
- Sentiment de culpabilité déraisonnable ........ 80
- Perte d'énergie ........ 80
- Pensées morbides ou suicidaires ........ 80
- Réactions exagérées à des incidents mineurs ........ 81
- Colère et irritabilité ........ 81
- Troubles du sommeil ........ 82
- Consommation abusive de substances ........ 82

Traitements médicaux et cliniques ........ 82
- Médicaments ........ 83
- Thérapie psychologique ........ 83
  - Thérapie cognitive et thérapie du comportement ........ 83
  - Thérapie de groupe ........ 84
  - Thérapie psychodynamique ........ 84
  - Thérapie familiale ........ 84

Moyens d'aider les élèves dépressifs ........ 84
- Dormir suffisamment ........ 85
- Manger sainement ........ 85
- Activité physique ........ 86
- Exercices de relaxation ........ 86
- Réflexions d'autopersuasion positives ........ 86
- Cesser de penser ........ 87

Stratégies pour aider les élèves dépressifs à l'école ........ 88
- Création d'une classe conviviale ........ 88
- Stratégies de résolution de problèmes ........ 89
- Édification d'un réseau de soutien ........ 91
- Collaboration avec les parents ........ 91


BEST COPY AVAILABLE

# DÉPRESSION

Établissement d'objectifs .......... 92
Stratégies d'organisation .......... 93
Stratégies en classe .......... 95
Bibliographie .......... 97
Sites Internet .......... 97
Livres et revues .......... 97

75

## DÉPRESSION

La dépression est un trouble de l'humeur, caractérisé par des sentiments de tristesse, de solitude, de désespoir, de dévalorisation et de culpabilité. Il s'agit du trouble mental le plus courant, mais également de celui qui se traite le mieux. Il existe divers traitements fiables pour la dépression, qui prennent notamment la forme de médicaments et de counselling. Le personnel de l'école, particulièrement les conseillers, les psychologues et les travailleurs sociaux, peuvent travailler de concert avec les parents et les organismes de la santé mentale de la région pour que les élèves souffrant de dépression aient droit à l'aide nécessaire.

Bien que la dépression puisse être traitée, il arrive souvent que ce trouble émotionnel ne soit pas diagnostiqué chez les enfants et les adolescents. Par conséquent, ils n'ont pas accès à l'aide dont ils ont besoin. Les gens ont de la difficulté à croire que des enfants peuvent être dépressifs et souvent, les symptômes sont difficiles à reconnaître. Lorsque la dépression n'est pas dépistée et traitée, des conséquences graves peuvent s'ensuivre :

- il existe une corrélation entre la dépression, les pensées suicidaires, la planification du suicide et le fait de passer à l'action;
- souvent, la dépression à l'enfance et à l'adolescence est le présage de troubles mentaux à l'âge adulte;
- la dépression a des incidences négatives sur le rendement scolaire et la vie sociale des élèves.

La dépression prend plusieurs formes. Nous sommes tous un peu déprimés vis-à-vis les déceptions que la vie nous apporte, mais cet état se dissipe généralement en quelques jours. Il peut aussi y avoir une dépression réactionnelle ou une affliction simple qui se produit en réaction à un événement traumatique, comme le décès d'une personne chère, une maladie grave ou un changement dans la vie d'une personne, tel qu'un déménagement. Cela peut durer de deux mois à un an, l'anniversaire de l'événement faisant revivre une période douloureuse. En général, la dépression est admise par la personne atteinte ainsi que par les gens de son entourage. Bien que les symptômes (comme la tristesse et le fait de tirer moins de plaisir d'activités diverses) soient courants dans ce type de dépression, ils ont une durée limitée.

La dépression chronique (dysthymie) est caractérisée par une sensation négative ou une dépression persistante qui dure pendant plus d'un an chez les enfants et les adolescents, ou plus de deux ans chez les adultes. La dépression chronique n'est pas nécessairement déclenchée par un événement particulier ou en réponse à un

événement particulier. Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être davantage décrite comme irritable que comme dépressive. Ils peuvent connaître de bonnes journées ou des bonnes parties de journées. Cependant, les intervalles libres de tout symptôme ne durent pas plus de deux mois. De plus, au moins deux des symptômes suivants existent :

- mauvais appétit ou hyperphagie (mange trop);
- insomnie ou hypersomnie (dort trop) presque tous les jours;
- peu d'énergie ou fatigue;
- faible estime de soi;
- difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions;
- sentiments de désespoir.

La personne atteinte de dysthymie peut parfois vivre un épisode dépressif majeur. Cet état peut débuter dans l'enfance, pendant les années préscolaires.

Dans un cas d'épisode dépressif majeur, l'enfant ou l'adolescent doit avoir soit une humeur dépressive ou irritable, soit une perte d'intérêt ou de plaisir envers presque toutes les activités pendant une période d'au moins deux semaines. Au moins trois des symptômes suivants sont présents et représentent un changement pour la personne concernée :

- un amaigrissement (n'étant pas attribuable à un régime volontaire) ou un gain de poids considérable ou encore, la réduction ou l'augmentation chronique de l'appétit;
- l'insomnie ou l'hypersomnie presque tous les jours;
- une agitation ou un ralentissement psychomoteur presque chaque jour (est nerveux ou maladroit);
- une moins grande aptitude à se concentrer ou un manque d'esprit de décision presque chaque jour;
- des pensées morbides ou des idées suicidaires récurrentes;
- des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité;
- une perte d'énergie.

La dépression peut également être accompagnée d'épisodes maniaques, ce qui se traduit alors par un diagnostic de trouble bipolaire ou de trouble maniaco-dépressif. Chez les jeunes, les deux symptômes à rechercher sont l'euphorie et la colère hostile.[1] L'euphorie est un état de surexcitation accompagné d'un déni de la réalité. Chez les jeunes ayant des épisodes maniaques, la colère hostile peut prendre les formes suivantes : la furie déclamatoire, la

[1] Tiré de « Depression and other affective illnesses as a cause of school failure in learning disabled children, adolescents and young adults » (p. 3), de W.A. Weinberg, C.R. Harper, G.J. Emslie, R.A. Brumback, 1995, dans *Secondary Education and Beyond*, extrait de [http://www./danatl.org/articles/seab/weinberg].

destructivité impulsive ou des pensées, des menaces ou des tentatives antisociales et meurtrières non contrôlées. Voici d'autres symptômes :

- l'agitation psychomotrice;
- le discours rapide;
- la fuite des idées, des pensées rapides, l'impossibilité de se concentrer sur une idée;
- le délire des grandeurs entraînant une confiance en soi ainsi que des idées de pouvoir et d'influence accrues;
- des troubles du sommeil avec un besoin de sommeil réduit et de l'hyper-insomnie la nuit;
- un champ d'attention raccourci, une inaptitude à se concentrer et de la distractibilité;
- une sensibilisation ou une activité sexuelles accrues.

Ces symptômes dévient du comportement habituel de l'élève, en ce sens qu'il peut s'agir d'un nouveau comportement ou de l'aggravation d'un comportement existant qui se manifeste pendant plus d'un mois. Chez les enfants, il est difficile de déceler le trouble maniaco-dépressif parce que les symptômes sont confondus avec les variations normales du développement de l'enfant et avec d'autres troubles connexes, comme le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention.

## DÉCLENCHEURS DE DÉPRESSION

La dépression n'a pas qu'une seule cause. Selon des travaux de recherche, il existe une réciprocité dynamique entre les facteurs suivants, qui rendent les personnes vulnérables à la dépression :

- des événements stressants spécifiques;
- un déséquilibre biochimique du cerveau;
- des facteurs psychologiques;
- des facteurs génétiques.

### Événements stressants

Le sens de sécurité de l'enfant peut être influencé de manière négative par des situations familiales comme :

- les difficultés conjugales;
- le divorce;
- le remariage ou la cohabitation;
- une maladie grave ou le décès du père, de la mère ou d'une personne chère à l'enfant;
- le chômage et la pauvreté;
- l'exploitation ou la violence physique, morale ou sexuelle;
- des psychopathologies chez les parents, telles que la consommation abusive de drogues ou d'alcool;
- la violence familiale.

Ces problèmes posent un dilemme, parce qu'ils empêchent les parents d'interagir avec leur enfant ou de lui offrir le soutien affectif nécessaire. Souvent, l'enfant faisant partie d'une famille connaissant des difficultés de ce genre a moins d'occasions de faire des activités parascolaires ou d'entreprendre des activités avec sa famille élargie.

Pour certains élèves, l'école constitue un facteur de stress. Dans le cas d'élèves souffrant de dépression, l'école peut représenter un agent stressant important, car la partie du cerveau qui est touchée par la dépression est également la partie qui recèle les fonctions essentielles au rendement scolaire. Les enfants et les adolescents atteints de dépression ont souvent l'impression d'être bon à rien. Leur échec scolaire a donc pour effet d'amplifier ce sentiment. Pour aider ces élèves à apprendre et à éprouver un sentiment de réussite, il faut recourir à des techniques d'enseignement spécialisées.

Par ailleurs, pour certains élèves, les difficultés rencontrées sur le plan social peuvent faire de l'école une expérience désagréable. Les problèmes d'ordre social peuvent contribuer à la dépression ou encore, ils peuvent être le résultat de la dépression.

Les éléments suivants semblent constituer des mécanismes de défense qui protègent contre la dépression :
- une grande estime de soi;
- de bonnes habiletés d'adaptation;
- un bon rendement scolaire;
- la participation à des activités parascolaires;
- des relations positives avec les parents, les pairs et les adultes autres que ceux faisant partie du contexte familial.

## Déséquilibre biochimique du cerveau

Chez les enfants, la dépression peut également être attribuable à un déséquilibre biochimique du cerveau. Les éléments chimiques du cerveau, soit la sérotonine et la noradrénaline, sont en déséquilibre chez les personnes atteintes de dépression. La sérotonine et la noradrénaline sont des neuromédiateurs qui transportent les messages d'un récepteur à l'autre. « Lorsque la sérotonine est en déséquilibre, il peut en résulter des troubles du sommeil, de l'irritabilité et une anxiété qui sont caractéristiques de la dépression, tandis que le déséquilibre de la noradrénaline, qui assure la régulation de la rapidité d'esprit et de l'éveil, peut contribuer à la

fatigue et à l'humeur dépressive qui caractérisent cette maladie.[2] Le cortisol, une autre substance biochimique naturelle produite par le corps en réponse au froid, à la colère ou à la peur extrême, s'élève chez les personnes qui vivent des situations stressantes à long terme.

Souvent, c'est aux hormones que l'on attribue les « hauts » et les « bas » que ressentent de nombreux jeunes adolescents. Cependant, les changements hormonaux qui se produisent à l'adolescence ne sont pas responsables de l'état dépressif.

## Facteurs psychologiques

Les personnes atteintes de dépression ont tendance à suivre un cycle de pensées, de sentiments et de perceptions négatives qui ont pour effet de perpétuer la mélancolie. Lorsque ces personnes font des erreurs ou qu'elles ne retiennent pas l'attention de qui que ce soit, elles se disent : « Je suis bon à rien. Je ne fais jamais rien de bien. Personne ne m'aime. » Elles se concentrent sur l'expérience négative et c'est alors à cela que se limite leur vision du monde. Elles ne tiennent pas compte des moments où elles réussissent à accomplir quelque chose de bien ou des moments où quelqu'un est gentil avec elles. Souvent, les adolescents ont des sentiments intenses et variables, ce qui est normal. Dans le cas des adolescents souffrant de dépression, la différence, c'est l'intensité et la persistance des points de vue négatifs et pessimistes.

Certains jeunes ont de la difficulté à faire face aux importantes modifications biologiques de même qu'aux changements sociaux et psychologiques qui se produisent à l'adolescence. L'augmentation du nombre d'adolescentes dépressives par rapport au nombre d'adolescents dépressifs est attribuable au contexte culturel dans une certaine mesure. De nos jours, la mode met l'accent sur les formes prépubescentes de la femme. Le résultat : la majorité des adolescentes déclarent ne pas être satisfaites de leur corps. « Bien des choses portent à croire que les filles ne voient pas d'un bon œil les transformations de leur corps (l'augmentation du poids et de l'adiposité corporelle) et la possibilité de reproduction qui découle de la puberté, tandis que chez les garçons, leur taille et leur force sont considérées comme de nouveaux attributs positifs, associés à des sentiments d'attraction et de confiance en soi. »[3] Des études ont démontré que les jeunes filles précoces enregistrent un taux

---

[2] Tiré de APA Online, Childhood Disorders, [http://www.psych.org/public_info/CHILDR~1. HTML].

[3] Tiré de *Psychosocial disorders in young people, time trends and their causes*, dans « Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms », de Michael Rutter et David J. Smith (eds.), p. 580.

accru de dépression, surtout lorsque leur précocité est liée à la transition vers l'école secondaire.

Lorsque les élèves passent à l'école secondaire, ils font face à des attentes scolaires plus élevées dans une structure où ils ont affaire à un plus grand nombre d'adultes de manière moins personnelle qu'à l'élémentaire. La plupart des élèves parviennent à passer à travers ces changements sans problème. Toutefois, les élèves qui éprouvent de la difficulté à atteindre leurs objectifs sur le plan scolaire et qui ont besoin d'un soutien social plus marqué peuvent développer une chaîne d'expériences et de pensées négatives.

### Facteurs génétiques

Puisque la dépression semble affliger davantage les enfants dont le père ou la mère biologique souffre de dépression, diverses études ont été effectuées dans le but de déterminer s'il existe un lien génétique dans le cas de la dépression. Jusqu'à maintenant, on semble avoir déterminé que les facteurs génétiques jouent un grand rôle dans le trouble bipolaire affectif et, dans une certaine mesure, dans les troubles dépressifs majeurs. Il est à remarquer que ce ne sont pas toutes les personnes qui sont génétiquement prédisposées à la dépression qui finissent par en être atteintes.

## CARACTÉRISTIQUES

Chez les enfants et les adolescents, la dépression n'est pas facile à cerner. « Certains jeunes enfants souffrant de ce trouble peuvent faire semblant d'être malades, être hyperactifs, s'agripper à leurs parents et refuser d'aller à l'école ou encore, ils peuvent avoir peur que leurs parents meurent. Les enfants plus âgés et les adolescents affligés par la dépression peuvent bouder, refuser de prendre part aux activités familiales et sociales, se mettre dans le pétrin à l'école, consommer de l'alcool ou de la drogue, ou cesser d'accorder de l'attention à leur apparence. Aussi, ils peuvent devenir négatifs, agités, grincheux, agressifs ou avoir l'impression que personne ne les comprend. Les adolescents qui souffrent de dépression majeure sont susceptibles de s'avouer « déprimés » avant même que leurs parents ne se doutent de quoi que ce soit. Il peut en être de même pour les jeunes. »[4] Il est nécessaire d'examiner les symptômes typiques de la dépression et de déterminer comment chacun des symptômes se manifeste chez un enfant ou un adolescent, en n'oubliant pas que les élèves atteints de dépression ne présentent pas nécessairement toutes ces caractéristiques. Les caractéristiques citées ci-dessous de la dépression peuvent devenir évidentes chez les enfants ou les adolescents en milieu scolaire. Il est important de

---

[4] Tiré de *Major Depression in Children and Adolescents Fact Sheet*, [http://www/mentalhealth.org/child/DEPRESS/HTML], page 2.

se rappeler qu'un symptôme en influencera un autre. Par exemple, si les élèves ont de la difficulté à dormir et éprouvent le désir d'éviter les gens, il leur sera difficile de rassembler l'énergie et la motivation nécessaires donnant lieu à l'assiduité scolaire.

### Difficultés à se concentrer et à prendre des décisions

En général, les élèves souffrant de dépression éprouvent des difficultés à se concentrer et à prendre des décisions. Ils sont également susceptibles d'avoir de la difficulté à soutenir l'attention nécessaire à l'apprentissage. Par conséquent, ils ont aussi de la difficulté à traiter l'information et à l'extraire. L'apprentissage de la langue et des mathématiques est influencé par cet état, surtout chez les jeunes enfants. Les élèves ont de la difficulté à essayer de décider comment faire un travail compliqué, tel qu'une dissertation. Les enseignants peuvent avoir l'impression que ces élèves sont dans la lune. Ils ne terminent pas leurs tâches ou leurs devoirs et ils ne déploient pas de bons efforts. Leurs notes baissent, ce qui a pour effet d'empirer leurs sentiments de dévalorisation.

### Perte d'intérêt envers les activités

Les élèves atteints de dépression cessent de participer aux activités, car ils en tirent moins de plaisir. Parfois, les parents ou les enseignants peuvent convaincre les élèves de participer aux activités ou les forcer à y prendre part. Toutefois, leur participation n'a pas pour effet d'accroître leur intérêt ou leur plaisir vis-à-vis de l'activité. À la récréation, ils errent sans but, ne jouent pas et n'entrent pas en interaction avec leurs pairs. Ils ne manifestent pas d'intérêt à l'égard des activités entreprises en classe qui sont généralement considérées comme amusantes ou intéressantes. Avant, ils ne se comportaient pas de cette façon.

### Évitement des gens

Les enfants ou les adolescents affligés par la dépression font moins d'efforts pour participer aux activités de groupe ou pour conserver leurs amitiés. Ils sont moins sympathiques et moins ouverts. Ils se demandent pourquoi d'autres personnes s'intéressent à eux. Ils n'ont pas l'impression de pouvoir faire confiance aux gens, surtout en raison de leur tristesse. Même si on leur demande comment ils vont, ils n'expriment pas nécessairement leurs sentiments. Les élèves souffrant de dépression, surtout ceux ayant des troubles d'apprentissage, ont tendance à se considérer encore plus médiocres sur le plan social, que les gens ne le croient, et ils décident qu'il ne vaut simplement pas la peine d'essayer d'entretenir des relations sociales. Ainsi, lorsque des groupes d'apprentissage collectifs sont formés, ils attendent passivement qu'on les place

dans un groupe et parfois même, ils s'objectent au fait d'être placé dans un groupe. Les problèmes d'assiduité scolaire, comme le refus d'aller à l'école, la phobie scolaire ou l'absence aux cours peuvent être un signe de dépression. Dans ces cas, la dépression et l'anxiété peuvent coexister.

### Sentiments de tristesse ou de deuil accaparants

La mauvaise humeur et la larme facile, qui caractérisent généralement la dépression, se rencontrent plus souvent chez les adolescents. Ils pleurent facilement et leur tristesse semble démesurée par rapport à la source apparente de leur tristesse. Ils sont difficiles à consoler. Cette tristesse accablante peut être assez effrayante pour les jeunes atteints de dépression. Pour ce qui est des enfants plus jeunes souffrant de dépression, ils ont tendance à être léthargiques et à avoir des pensées négatives.

### Sentiment de culpabilité déraisonnable

Les enfants ou les adolescents affligés par la dépression se rendent plus responsables des problèmes de leur milieu qu'ils ne le sont en réalité. Cela se rattache au sentiment de détresse qui peut caractériser une situation de famille perturbée. Aussi, au lieu d'admettre le sentiment d'impuissance qu'ils ressentent, ils acceptent la culpabilité. La culpabilité se rattache également aux sentiments de désespoir qu'ils expriment. Ils se disent notamment : « Tout est de ma faute » ou « Je ne peux rien faire de bien ». La culpabilité, assortie à la perte d'énergie et aux difficultés de concentration, peut immobiliser les élèves du point de vue psychologique et émotionnel, ce qui leur permet difficilement de s'acquitter de leurs tâches.

### Perte d'énergie

La perte d'énergie n'est pas inhabituelle chez les élèves atteints de dépression. L'énergie est exprimée sous la forme de l'épuisement mental et (ou) physique. Ils se plaignent d'être fatigués. Ils marchent et parlent au ralenti. L'enseignant se demande s'ils manquent de sommeil. Cette absence d'énergie correspond à un intérêt moins prononcé à l'égard des activités et de la socialisation.

### Pensées morbides ou suicidaires

Bien que le suicide ne soit pas courant chez les enfants, il arrive qu'il se produise. C'est à l'adolescence que le taux de suicide augmente. Les personnes qui se suicident ne sont pas nécessairement dépressives. Cependant, c'est le cas d'un grand nombre d'entre elles. Selon des études, de nombreuses personnes suicidaires laissent des indices avant leurs tentatives de suicide.

Les élèves peuvent demander à quoi ressemblerait le monde sans eux, ils parlent de la façon dont ils s'enlèveraient la vie ou encore, ils disent qu'ils aimeraient mieux mourir. Il est important que les adultes se rappellent que les adolescents discutent souvent de leurs soucis avec leurs amis, en prenant soin de tenir leurs parents ou leurs enseignants à l'écart. Si le personnel de l'école estime qu'un élève semble suicidaire, il devrait rester en communication avec les amis de l'élève en question afin de déterminer soigneusement s'il y a un risque de suicide immédiat. En cas de doute de dépression, il est tout à fait justifié, pour le conseiller de l'école ou d'autres professionnels de la santé mentale, de faire l'évaluation du risque de suicide. Lorsque le personnel de l'école s'adresse aux élèves présentant des risques de suicide, il doit tenter de déterminer si l'élève a vraiment un plan, essayer d'en connaître les détails et de savoir s'il dispose des moyens pour passer à l'action. Il serait bon que les conseillers reçoivent une formation spécialisée en intervention en cas de suicide. Cette formation est notamment dispensée par l'Association canadienne pour la santé mentale. L'introduction du présent manuel renferme de plus amples renseignements sur le suicide.

### Réactions exagérées à des incidents mineurs

Pour les élèves atteints de dépression, les incidents mineurs sont souvent accablants. Ils sont facilement vexés par les commentaires et les actes des autres et ils sont hypersensibles. Les commentaires constructifs ou les commentaires anodins déclenchent des larmes ou de la colère. Puisqu'ils ne se servent pas de stratégies d'adaptation efficaces, même les petits problèmes engendrent un sentiment de panique. Ces réactions exagérées sont rattachées aux difficultés de concentration.

### Colère et irritabilité

L'irritation inexpliquée et les plaintes fréquentes sont des symptômes de dépression dominants chez les enfants et les adolescents. Ils sont querelleurs, ils manquent de respect envers l'autorité, ils sont hostiles et sujets à faire des colères soudaines. Ils crient et hurlent plus qu'auparavant. Ces élèves sont agités : ils ont la bougeotte, ils se tirent les cheveux, la peau, les vêtements ou d'autres objets. Aussi, ils peuvent afficher un certain retard psychomoteur, en ce sens que leur coordination est mauvaise et qu'ils semblent maladroits. Les gens ne réagissent pas bien aux personnes coléreuses ou irritables et par conséquent, leur confiance en eux est diminuée.

### Troubles du sommeil

Les personnes atteintes de dépression souffrent souvent de troubles du sommeil. La fatigue et la perte d'énergie sont donc compréhensibles. Les enfants et les adolescents ont de la difficulté à s'endormir ou encore, ils se réveillent plusieurs fois pendant la nuit. Ils peuvent se réveiller jusqu'à deux heures trop tôt. Une fois réveillés, lorsque tout le monde dort dans la maison, ils ressassent souvent leurs sentiments de culpabilité et de désespoir. Ces enfants dorment souvent trop tard le matin, ce qui pose des problèmes d'assiduité. L'hypersomnie, qui est caractérisée par un sommeil excessif, est également un signe de dépression. Pour les enseignants, les troubles du sommeil de leurs élèves deviennent apparents lorsque ces derniers s'endorment en classe. Cependant, la plupart du temps, ce sont les parents qui informent l'enseignant de ce problème.

### Consommation abusive de substances

Lorsque les jeunes font un usage abusif de drogues ou d'alcool, ils sont susceptibles d'être dépressifs. Ils essaient peut-être de fuir leurs sentiments de détresse et de désespoir en consommant de la drogue ou de l'alcool. Toutefois, l'alcool est un agent dépresseur et il peut avoir des répercussions négatives sur l'humeur. Il peut être difficile pour les enseignants de détecter la consommation de drogues ou d'alcool, à moins que les élèves n'aillent à l'école sous l'influence de ces substances. Par contre, les dissertations des élèves peuvent y faire allusion d'une certaine façon ou encore, leurs choix de musique, les autocollants ou les boutons placés sur leurs vêtements ou leurs cahiers peuvent laisser entrevoir l'usage de ces substances.

## TRAITEMENTS MÉDICAUX ET CLINIQUES

Seuls des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale peuvent poser des diagnostics de dépression. Par contre, les enseignants peuvent prêter main-forte en montant un dossier précis et en prenant des notes à partir de leurs observations, des interactions de l'élève ainsi que des signes de croissance chez l'élève, de rendement et de comportement. Les renseignements que nous donnons ici à propos des traitements médicaux et cliniques ont seulement pour but de sensibiliser les enseignants à ces troubles et à faire en sorte qu'ils connaissent mieux les thérapies auxquelles les élèves aux prises avec des troubles émotionnels ou des maladies mentales peuvent avoir accès à l'extérieur de l'école. Toutes les thérapies médicales et cliniques doivent être administrées et surveillées par des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale.

Une fois que le diagnostic a été établi par un professionnel de la santé mentale, le traitement peut être mis en œuvre de diverses manières. Il arrive souvent que plus d'une méthode de traitement soit préconisée. Par exemple, un médecin peut recourir à la fois à une phamacothérapie et à une thérapie familiale. Dans la plupart des cas, ces traitements sont prodigués à l'extérieur de l'école par le professionnel de la santé mentale approprié. Lorsque les enseignants comprennent la nature du traitement médical et clinique, ils peuvent mieux soutenir les parents et l'élève dans leur démarche.

## Médicaments

Après un examen soigneux, le médecin peut décider de prescrire des médicaments. Pendant cet examen, il détermine le type de dépression, la taille et le poids de l'élève et peut-être même la réaction des membres de la famille à un médicament particulier. Il peut prescrire des antidépresseurs. De nouveaux médicaments sont mis en marché régulièrement. Les médecins et les pharmaciens disposent d'information sur la façon dont les médicaments fonctionnent ainsi que sur leurs effets secondaires. Dans le cas de troubles bipolaires, des antidépresseurs peuvent être prescrits en même temps que d'autres médicaments pour les épisodes maniaques. Ces médicaments ne créent pas d'accoutumance. En général, il faut de deux à quatre semaines pour constater un effet positif aux médicaments. Quant au traitement médical le plus efficace, il faut parfois faire des modifications. Seul, l'usage des médicaments ne peut pas donner lieu à un rétablissement complet. Les médicaments donnent de moins bons résultats chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Cela est peut-être attribuable au fait que les effets secondaires peuvent être accablants, ce qui les incitent à ne pas prendre toutes les doses prescrites. À ce moment-là, les patients doivent consulter leur médecin pour qu'il modifie le dosage.

## Thérapie psychologique

Les interventions psychologiques suivantes peuvent s'avérer nécessaires :

- la thérapie cognitive et la thérapie du comportement;
- la thérapie de groupe;
- la thérapie psychodynamique;
- la thérapie familiale.

### Thérapie cognitive et thérapie du comportement

Dans le cadre de la thérapie cognitive et de la thérapie du comportement, on incite les élèves à recourir à l'autocontrôle, aux réflexions d'autopersuasion positives et à la résolution des problèmes de comportement pour modifier leur comportement et

améliorer leur bien-être mental. Certains élèves dépressifs se rabaissent et par conséquent, ils ont peut-être un sentiment d'inaptitude tant sur le plan scolaire que sur le plan social. Ils doivent apprendre à rechercher les renforcements positifs dans leur entourage. La thérapie cognitive et la thérapie du comportement peuvent aider les élèves à modifier leur cycle de pensée négative en remplaçant les pensées irrationnelles comme : « Je n'arrive jamais à rien faire de bien » par « J'ai eu six bonnes réponses sur dix ».

**Thérapie de groupe**
La thérapie de groupe axée sur l'édification de l'estime de soi, l'amélioration des habiletés sociales et la maîtrise de la colère peut aider les élèves. Elle peut par conséquent être intégrée au régime de traitement. Des thérapies de groupe sont organisées par les organismes locaux spécialisés en santé mentale.

**Thérapie psychodynamique**
Lorsqu'on a l'impression que des conflits émotionnels internes sont à la source de la dépression des élèves, les professionnels de la santé mentale essaient d'aider ces élèves à jeter un regard introspectif afin de favoriser la compréhension et la résolution des conflits. Ce type de traitement peut prendre la forme d'une thérapie par le jeu, d'une thérapie par les arts ou d'une psychothérapie individuelle.

**Thérapie familiale**
La thérapie familiale fait appel à tous les membres de la famille car souvent, ils doivent changer leurs réactions envers les enfants ou les adolescents dépressifs. Dans certaines familles, les enfants peuvent démontrer une résignation acquise s'ils ont l'impression d'avoir peu d'influence sur leur milieu. C'est surtout le cas des situations de violence ou de négligence. Cette forme de traitement a pour objectif le rétablissement d'un fonctionnement familial sain.[5]

## MOYENS D'AIDER LES ÉLÈVES DÉPRESSIFS

Du point de vue médical, il existe divers moyens de venir à bout de la dépression. Selon l'âge des élèves, vous pouvez les inciter à assumer la responsabilité de ces stratégies. S'ils sont jeunes ou s'ils sont gravement accablés par leur dépression, les parents et les enseignants doivent jouer un rôle plus prépondérant pour les aider à recouvrer leur équilibre émotionnel à l'aide de ces stratégies. Bien que certaines de ces stratégies relèvent du bon sens, lorsque les gens sont dépressifs, ils ne parviennent pas à résoudre les

[5] Tiré de « Wednesday's child », de S. Black, 1996, *Executive Educator*, novembre, p. 27–30.

problèmes de manière efficace et on doit leur rappeler comment prendre soin d'eux-mêmes. Il ne faut pas oublier que les élèves ne pourront pas recourir à toutes ces stratégies en même temps. On peut avoir tendance à faire plusieurs suggestions du coup, ce qui peut être écrasant et avoir pour effet de vouer les élèves à l'échec. Il vaut mieux commencer par une ou deux stratégies, attendre les signes de réussite et ensuite, leur recommander d'autres stratégies.

Les techniques énoncées dans cette section ne s'appliquent pas universellement à tous les élèves souffrant de dépression. Elles ne devraient être mises en œuvre que par les professionnels de la santé mentale dans le cadre d'un régime de traitement individualisé pour un élève en particulier.

## Dormir suffisamment

Les troubles du sommeil aggravent la dépression. Il est donc important que les enfants dorment à des heures régulières. Souvent, les adolescents ne veulent pas d'horaire fixe, car ils préfèrent se coucher tard et faire la grasse matinée la fin de semaine. Dans la mesure du possible, la personne concernée devrait :

- se coucher vers la même heure tous les soirs;
- avoir une certaine routine, ex. : prendre un bain ou une douche chaude avant de se coucher;
- manger une collation avant de se coucher, ex. : un bol de céréales ou une tasse de lait chaud;
- parler calmement à ses parents pour régler les problèmes qui ont surgi pendant la journée;
- lire dans le calme;
- écouter de la musique douce;
- se recoucher si elle se réveille la nuit;
- faire des exercices de relaxation;
- faire des réflexions d'autopersuasion positives, comme « Tout va bien aller lorsque je vais me lever » ou « Je peux y arriver ».

## Manger sainement

Les gens atteints de dépression ont tendance à trop manger ou à ne pas manger assez. Encouragez ces enfants à manger sainement même s'ils sont plutôt attirés par les aliments sans valeur nutritive. Des recherches ont permis de constater que le chocolat libère certaines des mêmes substances chimiques au cerveau que certains antidépresseurs.

## Activité physique

En raison du cercle vicieux engendré par un manque de sommeil et un mauvais régime alimentaire, les gens sont léthargiques et inactifs. L'activité physique aide à réduire le stress et favorise un bon cycle de sommeil/réveil. Incitez les élèves à faire de l'activité physique, comme de la marche, pour qu'ils se sentent mieux.

## Exercices de relaxation

Enseignez aux élèves à faire divers types d'exercices, notamment des exercices de relaxation progressive des muscles et de visualisation.

Dans le cas de la relaxation progressive des muscles, les élèves :

- commencent par la tête ou les orteils;
- tendent un groupe de muscles à la fois pendant trois à cinq secondes;
- observent la sensation qu'ils en tirent;
- relâchent la tension;
- observent la sensation qu'ils en tirent;
- se concentrent sur la différence entre les deux sensations.[b]

Dans le cas de la visualisation créative, les élèves :

- s'imaginent un endroit qui leur a déjà procuré une source de relaxation, de calme et de bonheur;
- se rappellent tous les éléments sensoriels;
- s'imaginent à cet endroit-là, en train de faire quelque chose de reposant;
- reviennent à la réalité en retrouvant une sensation de bonheur.

Diverses cassettes de relaxation sont vendues sur le marché pour aider les élèves à se détendre. Les exercices de relaxation semblent donner de meilleurs résultats deux heures après un repas.

## Réflexions d'autopersuasion positives

Toutes les personnes se parlent à elles-mêmes. Elles se disent ce qu'elles doivent faire pendant la journée et comment le faire. Une certaine partie de la pensée se rapporte à l'évaluation du monde faite par une personne. Lorsque les gens sont dépressifs, leurs réflexions d'autopersuasion ont tendance à être négatives. Ils ont également tendance à utiliser des termes trop négatifs, comme « jamais », « toujours », « terrible », « atroce » ou des termes trop exigeants, comme « obligé de », « ne peux pas » ou « devrais ». Les personnes dépressives peuvent tomber dans le piège des

---

[b] Tiré de *Youth coping with stress* (p. 21), de l'Association canadienne pour la santé mentale.

croyances irrationnelles qui sont à la source de problèmes. Onze de ces croyances sont énoncées dans l'ouvrage *Thinking, Changing, Rearranging*.

- Il faut que tout le monde m'aime!
- Je veux bien réussir dans tout!
- Certaines personnes sont méchantes. Elles doivent être punies!
- Les choses ne devraient pas être ainsi!
- C'est de ta faute si je me sens de cette façon!
- Je sais que quelque chose de mauvais va se produire bientôt!
- C'est plus facile de ne même pas essayer!
- J'ai besoin de quelqu'un de plus fort que moi!
- Je n'y peux rien à la manière dont je suis!
- Je suis responsable des problèmes des autres!
- Il n'y a qu'une seule bonne façon de le faire!

Ces croyances peuvent être remplacées par des croyances qui ne poseront pas de problème.

- Je ne peux pas être aimé de tous!
- Ce n'est pas mauvais de faire des erreurs!
- Les autres sont corrects et moi aussi je le suis!
- Je ne suis pas obligé de contrôler les choses!
- Je suis responsable de ma propre journée!
- Je peux me débrouiller lorsque les choses vont mal!
- C'est important d'essayer!
- Je suis capable!
- Je peux changer!
- D'autres personnes sont capables!
- Je peux être souple![7]

Avec de l'aide, les élèves apprennent à cesser d'avoir des pensées irrationnelles et ils les remplacent par des pensées rationnelles.

## Cesser de penser

Le fait de cesser de penser constitue une autre technique que les élèves peuvent apprendre. Lorsque les élèves se mettent à avoir des pensées qui les bouleversent, ils doivent se dire : « ARRÊTE : je ne vais pas penser à cela maintenant ». Ensuite, ils s'allouent, par exemple, une demi-heure plus tard dans la journée pour s'inquiéter, pleurer et résoudre certains problèmes.

---

[7] Tiré de *Thinking, changing, rearranging: improving self esteem in young people* (p. 33–38, 51–52), de J. Anderson, 1981, Gig Harbor, Wshington, Timberline Press.

## Stratégies pour aider les élèves dépressifs à l'école

À en juger par les statistiques sur la prévalence de la dépression chez les enfants et les adolescents, les enseignants auront vraisemblablement affaire à des élèves dépressifs au cours de leur carrière. C'est davantage le cas dans les classes d'élèves ayant des troubles d'apprentissage. Dans ces classes, il arrive souvent qu'un élève ou plusieurs souffrent de dépression. En tant qu'enseignant, vous devez également savoir que les élèves faisant partie de classes d'enfants doués peuvent également être aux prises avec la dépression. Lorsque vous enseignez à des élèves ayant divers besoins d'apprentissage, vous devez savoir comment aider les élèves dépressifs. Les stratégies suggérées font partie des catégories suivantes :

- création d'une classe conviviale;
- stratégies de résolution de problèmes;
- édification d'un réseau de soutien;
- collaboration avec les parents;
- établissement d'objectifs;
- stratégies d'organisation;
- stratégies pour la classe;
- adaptation des attentes du programme.

Bien que ces stratégies ciblent tous les élèves, elles s'avèrent nécessaires pour que les élèves ayant des troubles émotionnels puissent réussir à l'école.

### Création d'une classe conviviale

Il est important de créer un milieu convivial, où les élèves ont l'impression de pouvoir prendre des risques sains en toute sécurité, car les élèves qui souffrent de dépression refusent d'aller à l'école s'ils se sentent menacés ou s'ils ne s'y sentent pas en sécurité.

En tant qu'enseignant, vous devez :

- croire que vous exercez une influence sur la vie des élèves et que tous les élèves apprennent quelque chose dans votre classe;
- montrer que vous acceptez les élèves sans réserve, même si vous n'approuvez pas nécessairement leurs comportements; c'est essentiel aux élèves dépressifs;
- savoir bien écouter;
- savoir que la sensation que les élèves tirent de la classe exerce une grande influence, surtout sur les élèves souffrant de dépression;
- éviter d'isoler l'élève souffrant de dépression du reste de la classe;
- garder un ton positif; l'humour porte fruits, mais le sarcasme blesse;

- faire en sorte que les suggestions d'amélioration soient constructives et spécifiques;
- éviter de trop généraliser en employant des mots comme « toujours » et « jamais »;
- formuler des commentaires précis sur le moment, l'endroit, la façon et la raison pour laquelle le comportement ou le travail scolaire doit être amélioré;
- développer des routines ou des rituels qui sont propices à l'apprentissage. « Les rituels sont des activités qui sont répétées en classe et qui créent une émotion ou une attitude désirée chez l'apprenant au point où il se demande : « Qu'est-ce qui est important ici? » La manière dont les enseignants gèrent les devoirs, les notes, l'assiduité, la discipline, les questions et l'humour est un exemple de rituels. »[8] En voici des exemples :
  - accueillez les élèves à la porte;
  - faites des activités pour apprendre à connaître les enfants au début de l'année scolaire;
  - faites en sorte que les élèves travaillent ensemble pour élaborer les règles ou les énoncés de mission de la classe;
  - renforcez les règles en les passant en revue avec les élèves et, au besoin, en leur rappelant à quel point elles donnent de bons résultats.

## Stratégies de résolution de problèmes

Les personnes dépressives vivent leur dépression comme si un nuage les entourait, empêchant pratiquement toute la lumière d'entrer. Par conséquent, ces personnes voient peu de solutions à leurs problèmes. En enseignant aux élèves à utiliser des stratégies de résolution des problèmes, vous leur donnez l'occasion de voir d'autres possibilités. Voici une méthode suggérée de résolution des problèmes :

- Quel est le problème? (Employez des termes neutres, sans faire de reproches.)
- Que puis-je faire? (Trouvez des solutions positives et négatives.)
- Évaluez les solutions. (Est-ce sécuritaire? Est-ce juste? Est-ce que ça va marcher? Que vont en penser les gens?)
- Choisissez une solution et mettez-la en application.
- Évaluez la situation. (Est-ce que ça marche? Sinon, que puis-je faire maintenant?)[9]

Parfois, les élèves choisissent des solutions sans savoir comment les mettre en pratique. Par exemple, si le problème concerne un

[8] Tiré de *Classroom rituals for at-risk learners* (p. 3), de G. Phillips, S. Bareham et M. Chandler (eds.), 1992.
[9] Tiré de *Second Step*, du Committee for Children.

manque d'amis, ils peuvent décider qu'une option consiste à amorcer une conversation avec un élève de leur classe qui semble réceptif, sans nécessairement savoir comment s'y prendre. Il faut les encadrer pour qu'ils sachent quoi faire, comme leur dire d'approcher la personne lorsqu'elle est seule à la récréation, échanger des regards, lui poser une question sur ses intérêts ou lui demander si elle veut jouer.

L'enseignement des habiletés sociales à tous les élèves de la classe, à l'aide de ressources comme *Second Step: Thinking, Changing, Rearranging* ou *Toward a Safe and Caring Curriculum* de Lions-Quest, aide tous les élèves. Les élèves souffrant de dépression se rendent alors compte qu'ils ne sont pas les seuls élèves à éprouver des difficultés. L'intégration de ces ressources semble se faire plus facilement à l'élémentaire, bien qu'il existe également des ressources pouvant être utilisées au secondaire 1er cycle et 2e cycle. Les diverses notions peuvent être enseignées dans le cadre des cours d'hygiène, de français ou d'études sociales. Elles doivent être renforcées par les autres enseignants au cours de la journée d'école. Le sixième volume de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, intitulé *Teaching Students with Learning Disabilities* (1996) de la Special Education Branch, Alberta Education (pages LD.200–209) renferme également de plus amples renseignements à ce sujet.

Une autre stratégie de résolution des problèmes consiste à organiser une réunion avec les élèves de la classe, tel qu'énoncé dans l'ouvrage *Positive Discipline in the Classroom*. Les élèves ont alors l'occasion de se familiariser avec la marche à suivre ci-dessous :

- formuler des compliments et une appréciation;
- faire le suivi sur les solutions présentées antérieurement;
- présenter les points à l'ordre du jour;
- faire part de leurs sentiments pendant que les autres écoutent;
- discuter sans apporter de solutions;
- demander de l'aide pour résoudre les problèmes;
- faire des plans (d'excursions, de fêtes, de projets).[10]

En organisant une réunion avec la classe au moins une fois par semaine, les élèves dépressifs disposent alors d'un véhicule pour participer à la résolution de problèmes lorsqu'ils sont prêts à se confier.

---

[10] Tiré de *Positive discipline in the classroom: how to effectively use class meetings and other positive discipline strategies* (p. 90), de J. Nelsen, L. Lott et H.S. Glenn, 1993, Rocklin, Californie, Prima Publishing.

## Édification d'un réseau de soutien

Il faut encourager les élèves à édifier un réseau de soutien composé de parents, d'enseignants et d'amis. Dans la mesure du possible, ils doivent laisser savoir aux autres comment ils se sentent. À l'école, ils peuvent choisir un enseignant ou un conseiller comme défenseur qui les aidera à communiquer avec les autres enseignants. Lorsqu'un professionnel de la santé mentale venant de l'extérieur entre en jeu, il faut obtenir la permission des parents et des élèves, selon leur âge, pour que cette personne s'adresse au personnel de l'école.

Incitez l'élève dépressif à :

- rester en communication avec quelques amis en leur parlant régulièrement et en participant à des activités qui font partie de leur routine habituelle. L'élève ne profitera peut-être pas autant de ces activités qu'auparavant, mais une fois qu'il se sentira mieux, il pourra participer plus intensément;
- communiquer de manière ferme plutôt que de hurler ou de crier lorsqu'il est irrité. Par exemple, l'élève pourrait dire : « Je n'aime pas ça quand tu tires sur ma veste. »;
- marcher avec un ami, un copain plus âgé ou un enseignant pendant la récréation ou les pauses. Ainsi, il aura moins l'impression d'être mis de côté pendant que les autres s'amusent ou semblent avoir tant d'amis.

Ce ne sont pas toutes les personnes qui veulent savoir ce que ressent l'élève dépressif (ou qui ont besoin de savoir ce qu'il ressent), mais on espère que l'élève puisse se confier à une ou deux personnes ou rire avec elles. Le rire permet de bien libérer du stress.

## Collaboration avec les parents

Des enseignants et des parents qui sont prêts à reconnaître le problème et à faire traiter l'enfant, voilà qui est essentiel à l'intervention précoce et au traitement réussi de la dépression. Les élèves doivent se faire dire qu'ils vont se rétablir et savoir que la dépression est un état qui peut être traité et qui ne dure pas éternellement. Les enseignants et les parents peuvent aider en éliminant les agents stressants superflus, en faisant en sorte que les devoirs et les attentes cadrent avec l'aptitude qu'a l'élève à se concentrer et à faire ses travaux. De l'aide supplémentaire peut s'avérer nécessaire en matière de planification, de respect des routines et de prise de décisions. Il est également bon d'obtenir des renseignements fiables pour que le personnel de l'école et les membres de la famille puissent travailler en collaboration.

Voici des moyens auxquels le personnel de l'école peut recourir pour soutenir les parents dont les enfants souffrent de dépression.

- Demandez à un enseignant ou au conseiller de se faire le défenseur ou l'assistant de l'élève pour l'aider à résoudre des problèmes.
- Formez une équipe composée de membres du personnel de l'école, des parents et du professionnel traitant.
- Entretenez des liens de communication entre la maison et l'école. Les communications doivent être de nature factuelle et elles doivent être positives le plus possible. Faites-vous un devoir de souligner les améliorations. Les parents d'enfants atteints de troubles émotionnels peuvent être découragés. Vous devez signaler tous les effets secondaires des médicaments aux parents et au médecin traitant. Cette fonction est particulièrement importante dans le cas des adolescents qui ne prennent pas toujours les doses requises parce qu'ils tolèrent mal les effets secondaires.
- Incitez les élèves à faire des réflexions d'autopersuasion positives lorsqu'ils font affaire aux membres de la famille. Les élèves peuvent avoir l'impression que seule leur famille a des problèmes. Rassurez-les en leur disant que ce n'est pas le cas et en leur mentionnant que la résolution des problèmes peut permettre de surmonter des difficultés particulières.
- Encouragez les parents à s'intéresser activement à la vie de leurs enfants, à passer du temps avec eux et à maintenir la communication.
- Incitez les parents à restreindre le temps que leurs enfants consacrent à la télévision ou aux jeux informatiques ou vidéo. S'ils se couchent tard pour faire ces activités, ils créent alors un mauvais cycle de sommeil/réveil.
- À l'aide des organismes locaux de la santé mentale, déterminez s'il existe des groupes de soutien pour les élèves et (ou) les parents.

## Établissement d'objectifs

Dans le cas d'élèves vivant une dépression sévère, les sources de motivation sont minces et par conséquent, il est difficile pour ces élèves de suivre les autres élèves de la classe. Tant que le traitement ne commence pas à faire effet, il est important de montrer que vous acceptez les réalisations de ces élèves et de mettre l'accent sur leurs réalisations.

L'établissement d'objectifs aide à orienter la vie des individus. Lorsque les élèves sont dépressifs, les objectifs peuvent être établis à court terme, peut-être même un jour à la fois, pour qu'ils soient

réalisables. Pour reconnaître qu'ils essaient de concrétiser leurs objectifs et qu'ils les concrétisent, les élèves doivent recourir aux réflexions d'autopersuasion positives. Cette stratégie porte fruits, même si leur objectif consiste à arriver à l'école à l'heure. Si les élèves dépressifs n'étaient pas capables d'aller à l'école assidûment, il s'agit alors d'une réalisation importante.

Aidez les élèves à se fixer des objectifs réalisables à court terme. Lorsqu'un objectif a été atteint, soulignez-le et incitez ces élèves à réfléchir à ce qu'ils ont fait pour réaliser leur objectif. Cela les aidera à croire qu'ils sont capables d'améliorer leur vie.

En cas de dépression sévère, il est bon de formuler un plan d'intervention personnalisé (PIP). Ce plan permet d'établir des attentes réalistes, de fixer des objectifs et de reconnaître que les élèves ne feront pas nécessairement le cheminement d'une année scolaire complète pendant l'année scolaire en question. La troisième publication de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, qui est intitulée *Plans d'intervention personnalisés*, renferme des renseignements détaillés sur l'élaboration d'un PIP.

## Stratégies d'organisation

Les élèves peuvent avoir besoin d'aide pour faire en sorte que leur matériel et leurs travaux restent organisés. Tous les élèves peuvent bénéficier des conseils donnés à cet égard. Les ressources comme celle intitulée *Skills for School Success* rendent service tant aux enseignants qu'aux élèves.

Voici des stratégies qui aident les élèves à s'organiser.

- Demandez aux élèves d'utiliser des agendas pour consigner leurs examens et leurs travaux et devoirs. Par exemple, dites-leur : « Écrivez cela dans votre agenda » chaque fois que vous leur donnez un travail à faire. La mémoire d'une personne dépressive n'est pas fiable.
- Aidez-les à garder leurs pupitres, leurs cahiers à anneaux, leurs sacs à dos et leurs casiers en ordre. Ajoutez un peu de piquant en nommant cette activité, par exemple, « Le grand nettoyage canadien des casiers » ou faites-en une activité pour le « club des devoirs ».
- Lorsque les élèves ont des travaux difficiles à faire, incitez-les à faire des réflexions d'autopersuasion positives et de la résolution de problèmes. Vous pouvez leur donner des exemples de moments où vous avez recouru aux réflexions d'autopersuasion positives pour surmonter des situations difficiles. Avant que les

élèves ne commencent leurs travaux, encouragez-les à prendre une respiration profonde et à accroître leur confiance en soi en se disant : « Je peux y arriver. C'est important d'essayer » ou « Ce n'est pas grave si je fais des fautes ». C'est une bonne idée de placer des affiches arborant ces slogans. Recourez à la méthode de résolution des problèmes pour régler les problèmes en classe. Par exemple, dites à voix haute : « Que pouvons-nous faire ici? Nous avons 20 romans et 29 élèves ». Trouvez des solutions plausibles pour montrer aux élèves qu'ils ne sont pas les seuls à se servir de la technique de résolution de problèmes.

- Aidez les élèves à organiser leurs travaux, surtout les projets complexes ou les essais. Les élèves peuvent bénéficier de votre aide si vous expliquez bien les attentes du projet et définissez le sujet, s'ils comprennent la marche à suivre pour mener le projet à bien et s'ils ont un échéancier. Faites des vérifications régulières pour déterminer les progrès et encourager les élèves. En général, lorsque les élèves vieillissent, les enseignants s'attendent à ce qu'ils prennent l'initiative de leur demander de l'aide. Cependant, pour les élèves dépressifs, il peut s'agir d'une chose difficile. Dans ce cas-là, il vaut mieux que l'initiative vienne de la part des enseignants.
- Collez aux pupitres des élèves une carte comprenant les questions suivantes : « Qu'est-ce que je suis censé faire? Est-ce que je le fais? Quels ont été mes résultats? » Cette surveillance cognitive favorise la concentration des élèves.

Le sixième volume de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, intitulé *Teaching Students with Learning Disabilities* (1996) de la Special Education Branch de Alberta Learning (pages LD.109–136), de même que la publication *À l'avantage des parents* de la Special Education Branch de Alberta Learning et de la Learning Disabilities Association of Alberta (pages 3 à 18) renferment de plus amples renseignements à ce sujet.

Le conseiller de l'école ou l'enseignant (le défenseur) de l'élève doit faire preuve de jugement professionnel et respecter la confidentialité lorsqu'il laisse savoir aux autres enseignants à quels aspects ils doivent prêter une attention particulière, à quoi ils peuvent raisonnablement s'attendre des élèves souffrant de dépression et quelles stratégies seront les plus utiles.



97

## Stratégies en classe

Les enseignants qui font affaire à des élèves atteints de dépression trouveront les suggestions suivantes utiles. En tant qu'enseignant, votre rôle ne consiste pas à faire de la thérapie, mais vous pouvez tout de même recourir à ces suggestions pour aider les élèves en classe et avec leurs pairs.

- Prenez toujours un ton plaisant et intéressé, et soyez prêt à écouter; n'essayez pas de soutirer des détails de ces élèves sur les problèmes de leur famille ou sur leur thérapie.
- Amorcez des conversations pendant les périodes de travail assis, à l'arrivée des élèves, lorsqu'ils partent ou lorsqu'ils sont dans les couloirs, car les élèves dépressifs ne sont pas susceptibles de le faire.
- Essayez de trouver ce qui motive les élèves, comme le fait de travailler avec des animaux domestiques ou des élèves plus jeunes, et de savoir quelles sont leurs meilleures conditions d'apprentissage.
- Lorsque vous présentez les travaux, faites-le de manière organisée. Distribuez de la documentation ou écrivez les grandes lignes des travaux de la journée au tableau, en prenant soin d'énoncer les objectifs. Procédez ainsi pour toute la journée et pour chaque matière. Par exemple, vous pourriez donner une consigne comme suit : « Aujourd'hui, nous allons rédiger un paragraphe descriptif en passant par les étapes suivantes : a, b, c, d. » Cette consigne devient alors un guide de travail. Les consignes aident à réduire l'anxiété des élèves vis-à-vis de ce que vous attendez d'eux et leur permettent de savoir quoi faire.
- Stimulez le plus grand nombre de sens possible lorsque vous enseignez. Faites jouer de la musique appropriée, utilisez des affiches dotées de marches à suivre et faites en sorte que les élèves se représentent des images dans leur tête.
- Recourez à des éléments de motivation pour soutenir l'intérêt; par exemple, organisez des concours ou accordez des points supplémentaires.
- Vérifiez régulièrement si les travaux sont accomplis en classe.
- Pendant les périodes de travail assis, arrêtez-vous près du pupitre des élèves ou écoutez les élèves lorsqu'ils travaillent en petits groupes.
- Permettez des adaptations pour les travaux et les examens, comme suit :
  - demandez à quelqu'un de lire à voix haute les questions d'examen à l'élève;
  - demandez à quelqu'un d'écrire les réponses pour l'élève;
  - donnez la permission à l'élève d'aller dans un lieu tranquille;

- donnez-lui plus de temps que les autres élèves;
- permettez-lui d'utiliser un ordinateur;
- utilisez diverses méthodes d'évaluation;
- familiarisez-vous avec divers troubles d'apprentissage;
- misez sur ses points forts à l'école;
- ne manquez pas de reconnaître le travail qui a été accompli, en n'oubliant pas que si vous êtes trop enthousiaste, vous pourriez effrayer l'élève. Les élèves dépressifs peuvent ressentir la pression que l'enseignant exerce pour obtenir un meilleur rendement et se sentir accablés par la situation.

99

**BIBLIOGRAPHIE**
(dépression)


**Sites Internet**

http://www.casediscute.com/1999/14_trouble_enfant/dossier/dossier_02.shtml

http://www.24pm.com/psytests/t3.htm

**Livres et revues**

ALBERT, J. (1998). « Un adolescent ayant des idées suicidaires », *L'Infirmière du Québec, 5,* 118-20.

ARNOLD-RICHEZ, F. (1997). « Comprendre l'enfant triste ou dépressif », *Parents, 344,* 46-47.

BARON, P. (1994). « Fréquence de la symptomatologie dépressive chez des adolescents francophones de la région d'Ottawa », *Prisme, 4,* 20-37.

BLACKBURN, I. M. et J. COTTRAUX. (1997). *Thérapie cognitive de la dépression.* Paris : Masson.

DION, E. (1998). « Différences reliées au sexe dans les difficultés interpersonnelles des adolescents-es et des adultes atteint-es de troubles dépressifs », *Science et comportement, 26,* 77-91.

GOSSELIN, M. J. (1997). « Le rôle de l'appréciation subjective de l'habileté de résolution de problèmes dans la dépression chez les adolescents », *Science et comportement, 25,* 299-314.

LEMPÉRIÈRE, T. (1998). *La dépression avant 20 ans.* Paris : Masson.

MARANDA, F. (1998). « Pharmacothérapie et dépression au cours de l'adolescence », *Prisme, 8,* 160-165.

MARCEAU, I. (1996). « Les troubles dépressifs avant la puberté », *Revue de l'infirmière, 5,* 50-52.

MCKENNA, C. (1999). « Des bleus à l'âme », *Guide ressources, 15,* 22-24.

RUBINSTEIN, H. (1999). *La dépression masquée.* Paris : Lattès.

TURENNE, M. (1998). « Pourquoi les jeunes se suicident au Québec? », *L'Actualité, 23*, 74-80.

TRUDEAU, R. (1998). « La déprime qui dure : la dépression majeure à l'adolescence », *Le Médecin du Québec, 33*, 79-85.

# SCHIZOPHRÉNIE

**TABLE DES MATIÈRES**

Schizophrénie ........ 100
Caractéristiques et identification ........ 102
Symptômes susceptibles d'être rattachés aux comportements observés ........ 104
Hallucinations ........ 104
Idées délirantes ........ 104
Perception désordonnée ........ 105
Troubles de la pensée ........ 105
Sens du moi modifié ........ 105
Absence de motivation ........ 106
Sentiments émoussés ou affect inapproprié ........ 106
Dépression ........ 106
Retrait social ........ 106
Défis pour la famille et l'école ........ 107
Traitements médicaux et cliniques ........ 110
Médicaments ........ 111
Psychothérapie et counselling ........ 111
Soutien par les pairs et counselling ........ 112
Stratégies de l'école ........ 112
Préoccupations en milieu scolaire ........ 112
Pairs ........ 114
Rechute ........ 114
Comportements inappropriés ........ 114
Suicide ........ 114
Communication avec la police ........ 115
Épisode de crise ........ 115
Stratégies visant à aider les élèves atteints de schizophrénie en classe ........ 116
Bibliographie ........ 118
Sites Internet ........ 118
Livres et revues ........ 118

## SCHIZOPHRÉNIE

Le terme schizophrénie sert à décrire un état complexe et troublant, qui est considéré comme le plus chronique et le plus invalidant de toutes les grandes psychopathologies. Cette maladie est attribuable à des facteurs multiples qui influencent le développement du cerveau. L'on présume que la schizophrénie est le résultat d'une certaine combinaison de facteurs génétiques et de facteurs qui régularisent les fonctions cérébrales.

Chez les enfants, la schizophrénie est une maladie psychiatrique peu courante et elle est difficile à reconnaître à ses débuts.[1] Les taux d'incidence sont estimés approximativement à un pour 10 000 par année.[2] Le plus souvent, cette maladie est diagnostiquée chez les personnes âgées de 16 à 25 ans. Les hommes et les femmes sont touchés par cette maladie dans une mesure similaire. Chez les femmes cependant, la maladie a tendance à se manifester un peu plus tard. Bien qu'elle soit rare, il existe une version de cette maladie qui peut être détectée chez les enfants d'âge préscolaire. Chez les enfants, les symptômes de la schizophrénie, comme les hallucinations, le délire et l'incohérence sont plus difficiles à déceler parce qu'ils ne sont pas toujours capables de bien s'exprimer. Les enfants peuvent être incapables de reconnaître leurs sentiments, leurs sautes d'humeur ou leurs pensées et d'en parler. Selon l'âge et la sophistication, ils ne se rendent pas nécessairement compte que leurs sentiments ou leurs pensées, comme les hallucinations ou le délire, sont hors de l'ordinaire. Par surcroît, il peut être difficile de faire la distinction entre ce que l'on considère comme un comportement de défi ou une instabilité émotive normale chez l'enfant, et les changements de comportement inhabituels. Il est important de consulter un professionnel de la santé sans tarder pour deux raisons. Premièrement, il faut déterminer si les symptômes sont attribuables ou non à une autre maladie ou à un autre trouble. Deuxièmement, l'intervention précoce semble engendrer de meilleurs résultats.

Étant donné la complexité de ce trouble, peu de généralisations peuvent caractériser toutes les personnes atteintes de schizophrénie. Le diagnostic est difficile. En général, le trouble persiste pendant au moins six mois. Durant cette période, au moins deux des symptômes suivants persistent : hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé, comportement profondément désorganisé et autres déficiences relatives au fonctionnement social.

---

[1] Tiré de « Schizophrenia: youth's greatest disabler », 1990 (mis à jour en 1997), de la Schizophrenia Society of Alberta et Alberta Health.

[2] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4[e] édition) (p. 321–336), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Souvent, les membres de la famille, les amis et les enseignants signalent que la personne n'est plus la même et que son rendement scolaire ou son comportement social a changé. Soit que les comportements caractéristiques de la personne se sont atténués ou ont disparu, soit qu'ils sont devenus excessifs et que de nouveaux comportements ont surgi. Ces symptômes transparaissent dans les activités scolaires de la personne, dans ses relations avec les autres et dans ses soins d'hygiène personnelle. Par exemple, un élève extraverti peut se replier sur lui-même, se désintéresser des activités ayant lieu à l'école, perdre son courage, ou cesser de prêter attention à ses soins personnels. Par contre, l'élève peut également devenir agité et excitable, riant ou pleurant à des moments non opportuns, il peut exprimer un nouveau zèle pour une religion ou des sciences occultes ou devenir beaucoup plus anxieux et soucieux. Les élèves atteints de schizophrénie éprouvent des difficultés sur le plan de l'attention, de la mémoire et de la planification.[3]

L'on sait depuis longtemps que la schizophrénie a tendance à courir dans les familles. Peut-être qu'à un moment donné les recherches effectuées dans le domaine de la génétique permettront-elles de découvrir un marqueur génétique particulier. Pour l'instant, la plupart des chercheurs s'entendent pour dire que le caractère héréditaire touche probablement la vulnérabilité ou la prédisposition à développer ce trouble. Cette prédisposition peut être attribuable à une anomalie biochimique, à un déficit neurologique subtil ou à une autre combinaison de facteurs. Les parents proches des personnes atteintes de schizophrénie sont plus susceptibles que quiconque de développer cette maladie. L'on ne sait pas comment ce trouble est transmis et il est impossible de prévoir avec exactitude si une personne pourra être atteinte de ce trouble ou non.

Même si aucune cause biochimique n'a été isolée avec certitude, les connaissances de la chimie du cerveau et son lien avec la schizophrénie continuent à se développer. Les neuromédiateurs, ces substances qui donnent lieu à la communication entre les neurones, joueraient peut-être un rôle dans cette maladie. En ce moment, le traitement consiste à contrer ou à bloquer les connexions neuronales anormales.

[3] Tiré de « Understanding the causes of schizophrenia », de N.C. Andreason, 1999, *New England Journal of Medicine*, vol. 250(8), p. 645–647.

## Caractéristiques et identification

La schizophrénie est un trouble difficile à déceler. Les symptômes se manifestent selon des configurations différentes et des intensités variées chez chaque sujet. On peut également les confondre avec ceux d'autres maladies. L'enfant souffrant de schizophrénie peut afficher des comportements de la même nature que les enfants autistiques ou que les enfants ayant des troubles d'attention ou des difficultés sur le plan du discours ou du langage. Les premiers symptômes, qui se manifestent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, sont plus souvent déconcertants que graves. Certaines personnes ont de nouvelles crises périodiques. Cependant, entre les divers épisodes, elles peuvent vivre une vie relativement normale. D'autres encore peuvent afficher des symptômes toute leur vie durant.

C'est à l'apparition des symptômes psychotiques graves que l'on dit que la personne souffre de schizophrénie aiguë. Les symptômes psychotiques se rapportent à l'état dans lequel la personne est incapable de distinguer l'imaginaire de la réalité. Certaines personnes ne vivent qu'une seule crise, tandis que d'autres traversent de nombreuses crises au cours de leur vie. Généralement, les personnes souffrant de schizophrénie chronique ne reprennent pas leur fonctionnement normal. En général, elles doivent suivre un traitement à long terme et elles doivent être mises sous la surveillance d'un psychiatre. Le traitement fait généralement appel à des médicaments pour maîtriser les symptômes.

La schizophrénie se caractérise par un changement de comportement et de personnalité. Il est important que le personnel de l'école reconnaisse que quelque chose ne va pas et qu'il constitue un dossier à ce sujet. Les observations peuvent aider à établir le diagnostic initial et à détecter les rechutes. En général, le médecin traitant de l'élève et le personnel clinique apprécient les observations du personnel de l'école.

Il peut être difficile d'évaluer si le comportement bizarre relève d'une adaptation normale, de la consommation de drogues ou d'alcool, de la délinquance, de la dépression ou d'autres troubles psychologiques. Si le personnel de l'école aide la famille en lui recommandant de consulter un psychiatre, il devrait essayer de trouver un médecin qui s'intéresse à la schizophrénie, qui est spécialisé et qui est prêt à travailler avec la famille et l'école. Parmi les autres sources d'examen initial et de traitement, notons les services locaux de santé mentale. Le bureau de la Société canadienne de schizophrénie ou le bureau de santé mentale de votre région peuvent vous renseigner à ce sujet.

Les comportements suivants peuvent laisser présager des difficultés chez un élève s'il :

- avoue avoir de la difficulté à dormir, se réveille à des heures inhabituelles, dort trop;
- ne prend pas plaisir aux activités;
- se replie sur lui-même et s'isole;
- est indifférent, même dans les situations importantes;
- n'a pas le sens de l'humour;
- y a détérioration de ses relations sociales, exclusion de ses amis;
- se replie, devient tranquille ou a des sautes d'humeur, alors qu'il était extraverti auparavant;
- abandonne ses activités, se désintéresse des activités scolaires ou sportives;
- est hyperactif ou léthargique, ou s'il a des périodes où il passe d'un extrême à l'autre;
- éprouve de la difficulté à se concentrer;
- oublie des choses, perd ses biens les plus chers;
- a de la difficulté à distinguer les rêves ou les émissions télévisées de la réalité;
- a de la difficulté à prendre ses décisions quotidiennes;
- a des préoccupations anormales vis-à-vis de la religion ou des sciences occultes;
- a une hostilité, des craintes et des doutes inattendus; croit que quelqu'un veut sa peau;
- a des réactions exagérées lorsque ses pairs expriment leur désapprobation;
- y a détérioration de son hygiène personnelle;
- manque ses cours ou ne va pas à l'école;
- écrit beaucoup de choses qui n'ont pas de sens clair; a une écriture d'enfant;
- son regard est neutre et sans expression;
- fixe et ne cligne pas des yeux ou cligne très souvent des yeux;
- a une sensibilité inhabituelle à la lumière, aux odeurs, aux sons ou aux textures;
- voit des choses et entend des voix irréelles;
- emploie les mots ou la structure de la langue de manière bizarre; dit des choses irrationnelles;
- a un comportement bizarre; par exemple, il refuse de toucher à certains objets, il porte trop de vêtements ou des vêtements particuliers, il s'automutile ou il se rase les poils.

Un seul signe n'est pas une indication suffisante d'une psychopathologie. Lorsque plusieurs des comportements sont présents, qu'ils divergent du comportement typique de l'élève, qu'ils persistent et qu'ils empêchent l'élève de bien fonctionner du point

de vue social et scolaire, il faut alors s'inquiéter et aller chercher de l'aide.

## Symptômes susceptibles d'être rattachés aux comportements observés

Voici certains symptômes susceptibles d'être rattachés aux comportements observés.

**Hallucinations**

On a tendance à croire que les hallucinations sont le résultat d'une sensibilité sensorielle et de l'inaptitude du cerveau à bien interpréter les messages sensoriels reçus. Les élèves atteints de schizophrénie peuvent entendre des voix, voir des choses qui ne sont pas là, ou ressentir des sensations corporelles inhabituelles. Par exemple, l'élève peut trouver la sonnerie du téléphone forte au point de ne pas pouvoir la supporter, il peut avoir l'impression que quelque chose rampe sur sa peau ou ne pas avoir de douleur même s'il est blessé.

L'élève souffrant de schizophrénie peut signaler des hallucinations auditives, visuelles, physiques, tactiles ou gustatives, ou réagir à de telles hallucinations. Les hallucinations auditives constituent la déformation perceptive la plus courante de la schizophrénie. Le plus souvent, ces hallucinations prennent la forme de voix que le sujet entend, voix qui sont distinctes de ses pensées. Certaines personnes affirment que ces voix racontent des histoires drôles, ce qui les pousse à éclater de rire. Bien que les voix puissent être positives, rassurantes ou neutres, il leur arrive plus souvent d'être menaçantes, punitives ou imposantes. Puisque les personnes réagissent et répondent à ces voix, cela explique les comportements qui semblent déplacés dans des circonstances particulières.

Du point de vue visuel, ces élèves signalent la déformation des couleurs, des formes ou des visages. Par exemple, l'élève peut avoir peur d'entrer dans une piscine parce qu'il a l'impression que sa jambe, une fois dans l'eau, semble séparée de son corps (en raison de la réfraction de la lumière). L'élève peut dire qu'il voit des choses qui n'existent pas ou des personnes qui ne sont plus de ce monde.

**Idées délirantes**

Les idées délirantes sont des croyances fixes et fausses. Les croyances restent fixes malgré les énormes preuves qui attestent du contraire. Les élèves ayant des idées délirantes peuvent avoir l'impression d'être surveillés, espionnés ou persécutés. Ils peuvent

croire que leurs pensées sont diffusées, que les extraterrestres ou les feux de circulation leur envoient des messages ou que certaines paroles de chansons s'adressent directement à eux. Certains croient qu'ils ne sont pas vulnérables au danger. Ces élèves peuvent dire que les autres parlent d'eux, qu'ils disent de mauvaises choses à leur sujet ou que quelqu'un leur a donné un coup de poing dans le couloir. Cela ne vaut pas la peine de soutenir que leurs idées délirantes ne sont pas réelles.

**Perception désordonnée**

Les élèves souffrant de schizophrénie peuvent faire preuve d'une perception désordonnée de la réalité. Ils peuvent aller à une fête où leurs amis leur ont réservé une place, leur ont parlé, ont fait des blagues avec eux, les ont complimentés, et ensuite, rentrer chez eux en disant que personne n'a été gentil avec eux, qu'ils n'auraient pas dû y aller et que personne ne les aime.

Cette même perception désordonnée peut concerner les relations entre l'enseignant et l'élève. L'enseignant peut faire absolument tout son possible pour aider l'élève, mais l'élève peut rentrer chez lui en disant que l'enseignant lui crie par la tête, qu'il le rabaisse, qu'il ne l'apprécie pas et qu'il ne l'aime pas. Il est donc important que les parents et les enseignants communiquent ensemble directement.

**Troubles de la pensée**

Les troubles de la pensée se rapportent à la manière dont les schizophrènes traitent et organisent leurs pensées. Les pensées ou les idées peuvent se former lentement ou encore, les pensées peuvent survenir extrêmement vite ou il peut ne pas y avoir de pensées du tout. Les idées sont vagues ou ne sont pas reliées de manière logique. Le discours peut être incohérent. Ils peuvent substituer des mots par des sons ou des rimes ou encore, ils peuvent inventer de nouveaux mots. Les troubles de la pensée peuvent être accompagnés de réactions émotionnelles qui ne cadrent pas avec les circonstances. Les élèves affirment que les pensées ne leur viennent pas à l'esprit, qu'ils les perdent ou qu'ils n'ont simplement pas d'idées. Lorsqu'ils ont des idées, elles ont tendance à être littérales, concrètes et formulées « en noir et blanc ».

**Sens du soi modifié**

Les élèves dont le sens du soi est modifié ne semblent pas savoir qui ils sont et où leur corps se trouve dans l'espace. Ils ne sont pas certains si quelque chose leur est arrivé ou est arrivé à quelqu'un

d'autre. Le sens du soi modifié peut se manifester sous la forme de maladresses, de sensations de ne pas avoir de corps ou de ne pas exister.

**Absence de motivation**
L'absence de motivation est considérée comme l'un des aspects les plus invalidants de ce trouble. Les schizophrènes ne s'intéressent à rien ou rien ne leur procure du plaisir. Ces élèves ont peu d'énergie et leurs fonctions se limitent à peu près aux actes de dormir et de manger. Ils se fichent de tout, y compris de leur apparence physique et de leur travail d'école.

**Sentiments émoussés ou affect inapproprié**
Les élèves dont les sentiments sont émoussés ou dont l'affect est inapproprié ont des expressions faciales, des réactions émotionnelles ou des gestes limités ou déplacés. Ils peuvent avoir des sentiments, mais être incapables de les exprimer. Leur contact visuel est médiocre et leur langage corporel est simplifié. Leur discours peut être monotone. Ils peuvent sourire lorsqu'ils sont anxieux ou rire lorsqu'ils sont blessés.

**Dépression**
La dépression est plus susceptible de se manifester lorsque les élèves se sentent mieux. Ils peuvent alors se rendre compte des effets de cette maladie sur leur vie. Ils peuvent avoir l'impression de s'être mal comportés ou de ne pas avoir été aimables. La dépression peut engendrer des discours de nature suicidaire ou des tentatives de suicide. Ces situations sont monnaie courante et elles doivent être prises au sérieux. Par ailleurs, les modifications chimiques qui atteignent le cerveau contribuent à la dépression.

**Retrait social**
Le retrait social semble être une caractéristique de la schizophrénie. La dépression peut empirer la situation. Les schizophrènes trouvent les relations sociales accablantes et le retrait atténue la stimulation. Le retrait n'est pas totalement négatif, car il lui donne un plus grand sentiment de sécurité. Les élèves atteints de schizophrénie ont tendance à mal réagir dans les situations de groupe ou aux occasions spéciales qui suscitent l'intérêt de tout le monde. Cela s'applique notamment aux activités spéciales qui sont organisées à l'école et aux fêtes, comme Noël. Puisque les situations sociales peuvent être très épuisantes, elles peuvent nécessiter des périodes de récupération prolongées.

## DÉFIS POUR LA FAMILLE ET L'ÉCOLE

Il n'est pas toujours facile de trouver des services de diagnostic et de traitement. Cela peut prendre du temps. Pour commencer, vous devez communiquer avec le bureau de la Société canadienne de schizophrénie ou avec le bureau de la santé mentale de votre région. Vous pourrez les repérer dans l'annuaire téléphonique. Si un diagnostic a déjà été établi pour l'élève et qu'il subit présentement un traitement, le personnel de l'école devrait être mis au courant du trouble afin qu'il puisse surveiller les changements de comportement et modifier son enseignement en conséquence. Le personnel devrait également se familiariser avec les traitements adoptés, surtout pour ce qui est des médicaments administrés aux élèves et de leurs effets secondaires.

Dans certains cas, il faut convaincre les familles d'obtenir de l'aide médicale. Dans un tel cas, il est important de connaître les services et les organismes qui existent dans la région et de se procurer de la documentation sur les comportements concernés. Soyez donc prêt à consacrer du temps à ces familles.

Soyez prêt aussi à faire face à une déception après le premier rendez-vous chez le médecin, car l'élève n'affichera pas nécessairement les comportements qui présentent une source d'inquiétude lorsqu'il verra le médecin ou l'organisme. D'où le besoin de tenir des dossiers précis à l'école.

Les dossiers tenus à l'école doivent être clairs, objectifs et en style télégraphique. Prenez note des comportements qui pourraient être mesurés par n'importe quel autre observateur présent à ce moment-là. Par exemple, prenez note des changements relatifs aux soins personnels de l'élève et de son degré de participation aux activités scolaires ou à son travail d'école. Relevez des commentaires bizarres faits par l'élève ou des références à des expériences irréelles : conversations, voix ou sonneries de téléphone. Gardez les dessins ou autres œuvres artistiques qui sont hors de l'ordinaire. Conservez des copies de toute la correspondance envoyée aux organismes ou aux médecins.

Les parents qui apprennent que leurs enfants sont schizophrènes ont des réactions émotionnelles très diverses. Ils avouent être affligés par la tristesse, l'anxiété, l'isolement, la colère et le refus, en plus d'avoir des inquiétudes vis-à-vis de l'avenir. Ce n'est pas facile de vivre avec des personnes atteintes de schizophrénie. Les parents peuvent ressentir les sentiments suivants :

- ils doivent faire le deuil de cet enfant « perdu »;
- ils craignent que l'enfant se blesse ou qu'il ne blesse quelqu'un;

- ils se sentent coupables d'avoir un enfant atteint d'une maladie mentale;
- ils se posent des questions, « Pourquoi notre famille? »;
- ils ont des sentiments ambivalents;
- le stress touche les frères et sœurs ou les conjoints, en raison de l'attention que nécessite le schizophrène;
- ils refusent d'accepter que la psychopathologie existe;
- ils refusent d'accepter la gravité du trouble;
- ils ont d'autres sources de difficultés conjugales;
- ils ont de la difficulté à dormir, surtout lorsque l'enfant a des troubles du sommeil;
- leur vie sociale est transformée;
- ils peuvent consommer plus de médicaments d'ordonnance ou d'alcool;
- ils s'inquiètent de l'avenir de leur famille;
- ils s'inquiètent de l'avenir de leur enfant;
- ils cherchent les services communautaires et ont souvent à faire face à la bureaucratie;
- ils deviennent des défenseurs;
- ils sont en contact avec des professionnels qui n'ont pas reconnu la maladie et qui font des reproches aux parents;
- ils engagent des dépenses générales liées à la prise en charge de la maladie.

Le personnel de l'école devrait se familiariser avec les effets que cette maladie est susceptible d'avoir sur la famille. La compréhension des réactions de la famille a des incidences directes sur la relation qui existe entre l'école et la famille. Généralement, la famille représente le système de soutien principal du schizophrène. Les familles ont besoin d'un certain temps pour adopter des stratégies d'adaptation. Elles doivent également avoir des occasions de chercher à comprendre ce qu'est la schizophrénie et de s'établir un réseau de soutien.

En période de rémission, les schizophrènes peuvent sembler relativement inchangés et nécessiter peu de soutien social et médical. L'absence de services de soutien au moment des rechutes peut être dévastatrice. Dans certains cas, les familles peuvent être obligées de demander que l'enfant soit placé, dans un foyer de groupe par exemple, où l'enfant peut être supervisé 24 heures sur 24. Dans d'autres cas, l'élève peut devoir être hospitalisé, surtout lorsqu'il est difficile de déterminer les meilleures doses possibles de médicaments d'ordonnance pour stabiliser la maladie ou lorsqu'il faut mettre de nouveaux médicaments à l'essai.

Le soutien scolaire et familial des schizophrènes peut prendre la forme de l'accès à des renseignements courants sur cette maladie et sur les possibilités de rechute, ainsi que de la compréhension de la nécessité d'un traitement médical et du rôle que joue le stress sur l'aptitude à faire face aux problèmes quotidiens. Par exemple, étant donné le manque d'intérêt ou de motivation de l'élève, le fait de se lever le matin et d'aller à l'école constitue un effort d'envergure. Une fois à l'école, l'élève peut manifester peu d'intérêt envers ses travaux. Et même s'il est motivé, certains schizophrènes ont de la difficulté à coucher leurs idées sur papier. Souvent, le travail écrit n'est pas à la hauteur des attentes en fonction des aptitudes cognitives antérieures ou du travail effectué avant le début de cette maladie.

Le soutien professionnel, comme le counselling, porte fruits. Les groupes de soutien familial aident les familles à faire face à leur situation et leur présentent des stratégies d'adaptation, comme le fait de se détacher un peu de la situation et de rester neutre dans le cadre de leurs interactions avec leurs enfants. Ces groupes de soutien aident à atténuer les sentiments d'embarras, de culpabilité, de frustration, de reproche et de honte.

Il est probable que les problèmes soient semblables à la maison comme à l'école. Par exemple, il peut être déconcertant ou perturbateur d'avoir affaire à des épisodes d'affect inapproprié (comme le fait de pleurer, de rire ou de se fâcher à un moment inopportun). Lorsque l'élève est aux prises avec des stimuli internes, il peut avoir des troubles de concentration et d'attention. Tant les familles que le personnel de l'école éprouvent de la frustration lorsqu'il y a variabilité du fonctionnement. Un jour, les élèves peuvent être capables de comprendre une notion, ce qui n'est plus le cas le lendemain. Ils peuvent être capables de faire le travail qu'on leur demande de faire le lendemain ou plus tard dans la journée, tout comme ils peuvent être incapables de le faire.

Les aptitudes intellectuelles mesurées ne changent pas nécessairement. Cependant, les élèves peuvent éprouver des difficultés considérables à faire leur travail. Ils peuvent sembler confus et désorientés. Ils peuvent avoir des problèmes de mémoire à long terme et de mémoire à court terme. Ils ne se rendent pas nécessairement compte qu'il existe un problème et peu importe les preuves à l'appui, ils ne changeront pas d'idée. Des comportements bizarres, stéréotypés ou ritualisés peuvent surgir, ce qui a des répercussions sur les interactions sociales. Le suicide doit être

considéré comme un facteur de risque. Par conséquent, la famille et le personnel de l'école doivent être vigilants.

Les élèves schizophrènes peuvent afficher de légers signes de difficultés neurologiques, comme la confusion entre la gauche et la droite et une mauvaise coordination motrice. Ces facteurs ont des incidences sur la participation aux sports et aux cours d'éducation physique, sur l'écriture et sur les matières faisant appel à des habiletés visuomotrices. La situation peut se compliquer lorsqu'il y a des effets secondaires découlant de l'administration de médicaments antipsychotiques.

Le soutien offert par les ressources en counselling, les mentors, les pairs et la famille peut être obtenu en communiquant avec le bureau régional de la Société canadienne de schizophrénie ou des services de la santé mentale. Le counselling offert à l'école peut prendre la forme d'aide sur le plan des aptitudes sociales et des relations interpersonnelles en recourant à une démarche de comportement. Les thérapies de groupe donnent de moins bons résultats. On a constaté que les groupes de pairs ont une influence positive sur les élèves atteints de schizophrénie, surtout lorsqu'ils surviennent naturellement, ainsi, dans des situations où les élèves se présentent régulièrement à une clinique pour faire prendre des prises de sang afin de déterminer les doses de médicaments. Ces groupes leur permettent de partager leurs expériences, et les pairs qui ont vécu des expériences personnelles peuvent donner des conseils.

## Traitements médicaux et cliniques

Seuls des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale peuvent établir des diagnostics de schizophrénie. Lorsqu'on croit qu'une personne est atteinte de schizophrénie, on fait généralement appel à des psychiatres. Par contre, les enseignants peuvent prêter main-forte en montant un dossier précis et en prenant des notes à partir de leurs observations, des interactions de l'élève ainsi que des signes de croissance, de rendement et de comportement chez l'élève. Les renseignements que nous donnons ici à propos des traitements médicaux et cliniques ont seulement pour but de sensibiliser les enseignants à ces troubles et à faire en sorte qu'ils connaissent mieux les thérapies auxquelles les élèves ayant des troubles émotionnels ou des psychopathologies peuvent avoir accès à l'extérieur de l'école. Toutes les thérapies médicales et cliniques doivent être administrées et suivies de près par des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de cure pour la schizophrénie. En général, le traitement consiste à administrer des médicaments et à enseigner des mécanismes d'adaptation pour apprendre à vivre avec cette maladie chronique. Bien des schizophrènes doivent être hospitalisés par périodes. Une démarche multidisciplinaire, faisant appel au médecin traitant, au personnel de l'école, à la famille et aux conseillers (ce qui comprend le personnel de l'hôpital ou de la clinique) peut porter fruits.

## Médicaments

Les psychiatres recourent à un certain nombre de médicaments pour atténuer les symptômes de la maladie. Il existe des médicaments plus récents qui permettent d'aboutir à un traitement efficace, tout en ayant moins d'effets secondaires. Il est important que toutes les personnes qui élèvent un enfant schizophrène ou qui travaillent avec des schizophrènes aient accès à de l'information courante sur les caractéristiques et les effets secondaires des divers médicaments. Il est également important que le médecin ou le psychiatre sensibilise les parents à ce sujet. À leur tour, les parents devraient tenir le personnel de l'école au courant de la situation. La plupart des médecins peuvent fournir des fiches d'information sur les médicaments qui sont souvent prescrits ou fournir des renseignements à partir de la notice d'accompagnement du produit. Les pharmaciens peuvent également donner des renseignements sur les effets des divers médicaments d'ordonnance.

En général, la surveillance médicale des personnes devant prendre des médicaments prend la forme de l'essai systématique d'un ou plusieurs médicaments de forces différentes afin de déterminer quel médicament ou quelle combinaison de médicaments est plus efficace. Les personnes réagissent différemment à des médicaments différents et à des doses différentes du même médicament. Chaque médicament touche les autres substances chimiques du cerveau de manière différente. La durée du temps de réponse varie énormément. Parfois, il faut plusieurs mois avant de constater tous les effets thérapeutiques d'un certain médicament. Chez les personnes prépubères, la marge thérapeutique entre le soulagement des symptômes et les effets secondaires est difficile à déceler.

## Psychothérapie et counselling

Le counselling est une thérapie dispensée par des professionnels compétents qui peut être une source de soutien et d'introspection, en plus d'offrir des moyens de maîtriser le stress inhérent à la schizophrénie. Ils peuvent également fournir des conseils pratiques sur l'accès aux services communautaires, sur le soutien

professionnel, sur la façon de s'entendre avec les autres et sur la reconnaissance des signes de rechute. Il existe un certain nombre de démarches psychosociales destinées aux particuliers et aux groupes. Ces démarches s'articulent toutes autour d'éléments différents. Cela comprend le réapprentissage du comportement, le perfectionnement des aptitudes sociales, la réadaptation professionnelle, la thérapie du comportement cognitif, la maîtrise du stress, l'intervention en situation de crise, l'autonomie sociale et le soutien.

La schizophrénie est sensible aux facteurs psychologiques et sociaux. Les élèves et les membres de leur famille ont besoin d'un soutien plus poussé, continu, à long terme et à participation plus intense que pour la plupart des autres troubles médicaux chroniques.

### Soutien par les pairs et counselling

Le soutien par les pairs peut être obtenu grâce à des réunions organisées par la Société canadienne de schizophrénie ou les organismes de la santé mentale. Par ailleurs, le counselling dispensé par des professionnels qui comprennent la schizophrénie et qui sont souvent rattachés à des hôpitaux ou à des services communautaires, peut également constituer une source de soutien.

## STRATÉGIES DE L'ÉCOLE

### Préoccupations en milieu scolaire

Malgré les aptitudes cognitives mesurées à l'état normal, les problèmes de motivation, la dépression et la mémoire ont des incidences négatives sur le progrès scolaire et sur le développement social des élèves schizophrènes.

Le personnel de l'école devrait se familiariser avec cette maladie en communiquant avec le bureau régional de la Société canadienne de schizophrénie. Parmi les ressources auxquelles cette société donne accès, notons des vidéocassettes, du matériel imprimé et des renseignements sur les possibilités de perfectionnement professionnel. Il est fortement recommandé de discuter de la situation avec la famille. Par ailleurs, il est essentiel que ses commentaires soient intégrés au plan d'intervention personnalisé (PIP). Le PIP de l'élève peut comprendre un mélange d'objectifs d'ordre scolaire et comportemental. Ce qui importe plus encore, c'est que le PIP comprenne la liste des adaptations et des modifications nécessaires pour soutenir l'atteinte de ces objectifs d'ordre scolaire et comportemental.

Les besoins en traitement et en soutien des élèves schizophrènes varient beaucoup. Par conséquent, il est difficile de déterminer comment le soutien offert à l'école devrait être façonné pour répondre aux besoins individuels. La majorité des élèves schizophrènes doivent avoir accès à un programme modifié ou adapté. Les modifications peuvent aller d'une charge de cours allégée et d'un soutien de counselling ou de thérapie, jusqu'au besoin de supervision constante et d'un programme spécialisé en matière d'enseignement et de comportement.

Le personnel de l'école doit savoir que la plupart des élèves atteints de schizophrénie peuvent améliorer leur état s'ils prennent des médicaments. Néanmoins, ces élèves continuent d'éprouver des difficultés sur le plan de l'attention, de la concentration, de la mémoire à court terme, de la motivation, de la planification, de la prise de décisions, du plaisir, de l'empathie envers les autres et de l'aptitude à se concentrer sur leurs tâches pendant des périodes soutenues. Autrement dit, leurs activités quotidiennes sont à la source de leurs difficultés. Il en va de même des habiletés nécessaires pour réussir à l'école, comme prêter attention en classe, faire ses travaux, s'entendre avec les autres élèves, se rappeler de leurs livres, retenir les notions enseignées au cours précédent et toutes sortes d'activités de ce genre. Certains élèves éprouvent des difficultés chroniques en matière de soins personnels, d'habiletés sociales et d'habiletés professionnelles. Les occasions de travail et les stages sont touchés par cette maladie, surtout pendant la phase active. Ce serait le cas, par exemple, lorsqu'un élève croit qu'un superviseur le persécute ou lorsqu'il pense que les écouteurs qu'il porte pour prendre les commandes des clients du service à l'auto lui transmettent des messages provenant d'extraterrestres.

Il ne faut pas surestimer la nécessité d'avoir un milieu scolaire faisant preuve de soutien. Il est très important que le personnel de l'école fasse preuve d'autant d'empathie et de soutien que possible. Cependant, par la même occasion, le personnel de l'école doit être conscient de ses propres limites. Il devrait être en mesure de reconnaître les symptômes de rechute, de dépression ou de possibilités de suicide, sans pour autant essayer de les traiter. Il faut communiquer avec les parents pour qu'ils obtiennent de l'aide de la part de professionnels compétents au sein de leur communauté. Le personnel de l'école peut soutenir l'élève en veillant à ce que les cours soient structurés, prévisibles et programmés. Il peut offrir un milieu favorisant le soutien et faire en sorte de rehausser l'estime de soi de ces élèves. Par ailleurs, les écoles peuvent s'assurer que ces élèves ont accès aux cours et aux matières qui

présentent les connaissances et les habiletés nécessaires pour faire des choix d'habitudes de vie quotidienne saines. De plus, le personnel peut demander à avoir droit à des activités de perfectionnement professionnel spécifiques.

### Pairs

Les pairs peuvent faire preuve soit d'intolérance, soit de soutien. Lorsque le personnel de l'école reconnaît qu'il est difficile de bien s'entendre avec une personne qui ne semble pas motivée et qui est apathique, ou dont l'hygiène personnelle est négligée, il peut aider les élèves à devenir tolérants et compréhensifs. Les pairs les plus coopératifs sont peut-être ceux qui ont vécu des expériences semblables, qui peuvent donner des conseils pratiques et faire preuve de compréhension.

### Rechute

Le personnel de l'école doit connaître les signes de rechute. Ces signes peuvent inclure un grand nombre des premiers symptômes. La rechute peut être déclenchée par le stress, l'interruption des médicaments et la consommation de drogues à usage récréatif. Parfois aussi, il n'y a aucune raison apparente. Les signes les plus courants sont les modifications sur le plan des niveaux de fonctionnement généraux, comme le retrait des activités, la détérioration de l'hygiène personnelle ou des changements drastiques en matière d'habitudes de sommeil.

### Comportements inappropriés

Les élèves schizophrènes ne savent pas nécessairement que leur comportement n'est pas convenable. Parfois, il suffit de formuler un énoncé clair et direct sur la façon de se comporter. Dans d'autres cas, le personnel de l'école peut être obligé de composer avec des comportements bizarres ou perturbateurs. Il faut prévoir les difficultés et préparer un plan d'action en conséquence.

Lorsque l'élève est dans une situation stressante, il peut se sauver. Par conséquent, l'école et la famille devraient convenir d'un plan d'action à l'avance.

### Suicide

Les personnes souffrant de schizophrénie ont de fortes chances de se suicider au cours de leur vie. Le risque est encore plus grand lorsque l'état de ces personnes s'améliore ou lorsqu'elles se rendent compte des répercussions qu'a cette maladie chronique sur leur vie. Les hallucinations, les idées délirantes et les tendances impulsives amplifient ce risque.

## Communication avec la police

En vieillissant, ces élèves peuvent avoir des démêlées avec la justice. La qualité du réseau social dont bénéficient les schizophrènes exerce une influence substantielle sur la diminution des possibilités de tels démêlés. Ils peuvent avoir des communications avec la police s'ils commettent des infractions, comme des méfaits, des voies de fait ou des vols. Ces infractions peuvent être commises pendant la phase active de cette maladie en raison de comportements bizarres, comme les actes impulsifs, la difficulté à différencier l'imaginaire de la réalité, le discours bizarre, les craintes irrationnelles et paranoïaques, les plaintes d'ordre physique, les idées délirantes ou l'identification à d'autres personnes, à des animaux ou à des objets. Lorsqu'un élève schizophrène a des comportements bizarres, c'est-à-dire s'il dissimule des couteaux dans un casier à l'école, s'il prêche sur les marches de l'école ou s'il chasse des hommes-grenouilles ennemis dans la rivière, la police devrait s'en mêler.

## Épisode de crise

L'épisode de crise ne survient pas sans signes précurseurs. Toutefois, personne ne se sent vraiment prêt à faire face à une rupture sévère avec la réalité. Les écoles doivent se doter de listes de numéros à composer en cas d'urgence, notamment le médecin de l'élève, son hôpital, sa famille ou l'unité mobile de santé mentale ou de crise. Si l'élève doit être transporté à un centre hospitalier, il faut appeler une ambulance. Pour le calmer, le personnel peut recourir à des techniques d'intervention de base en situation de crise. Pendant la crise, il est bon qu'une personne à laquelle l'élève fait confiance reste avec ce dernier jusqu'à ce que les mesures d'intervention appropriées soient prises ou jusqu'à ce que l'élève soit transporté à l'hôpital en toute sécurité. La personne devrait rester avec l'élève jusqu'à ce qu'un psychiatre ou un médecin puisse évaluer l'état mental de l'élève.

Lorsque la situation est extrême, c'est-à-dire lorsque l'élève vit un état de réalité modifiée et qu'il réagit à quelque chose qu'il est le seul à voir ou à entendre, il se peut que l'élève doive être maîtrisé physiquement. Il est recommandé que l'école dispose d'un plan d'intervention en cas d'urgence. Il est fortement recommandé que tous les membres du personnel suivent la formation d'intervention en situation de crise recommandée par le district, en plus de cours de perfectionnement réguliers.

Il peut être bon qu'un professionnel de la santé mentale donne une séance d'information à tout le personnel et à tous les élèves de l'école. Il est important de comprendre la schizophrénie et de ne pas se laisser traumatiser par un événement négatif.

## Stratégies visant à aider les élèves atteints de schizophrénie en classe

Le personnel de l'école peut déterminer les stratégies d'intervention en fonction des comportements que manifeste l'élève, comme les troubles de la mémoire, la faible estime de soi, l'absence de sens de l'organisation, les troubles d'attention et les mauvaises habiletés sociales. Plus les interventions sont conçues sur mesure pour un élève particulier, plus les possibilités de réussite sont grandes. Il ne faut pas oublier que certaines stratégies sont trouvées grâce à un processus d'élimination et que les premières tentatives d'intervention peuvent donner de moins bons résultats que les tentatives plus récentes.

Les enseignants peuvent recourir à une vaste gamme de stratégies pouvant s'avérer utiles dans le cas des élèves schizophrènes. Les enseignants peuvent :

- faire en sorte que les présentations visuelles non nécessaires soient réduites au minimum;
- parler un peu plus lentement;
- avoir un ton de voix bas et neutre;
- donner des consignes précises et claires;
- avoir un horaire et un programme prévisibles en classe;
- aider l'élève à adopter et mettre en pratique des stratégies pour pouvoir s'adapter et se calmer, comme une respiration de relaxation, l'identification d'un lieu sûr pour se réfugier à l'école, une stratégie de comptage jusqu'à dix, une vérification de réalité avec un adulte;
- permettre à l'élève d'utiliser du matériel différent, comme des baladeurs, des bouchons d'oreilles, etc. s'il a des troubles auditifs;
- gérer la classe de manière prévisible;
- éviter de discuter lorsque l'élève a des croyances délirantes, car il est impossible de le faire changer d'idée;
- tenter de fixer des objectifs raisonnables sur le plan du rendement scolaire, surtout après une rechute;
- avancer vite pendant les bonnes journées, et aller moins vite pendant les mauvaises journées;
- afficher les règles de la classe et s'y reporter;
- fixer et mettre en vigueur les limites concernant le comportement à l'école (cette tâche n'est pas de tout repos, mais à long

terme, elle porte fruits chez les élèves qui ont des troubles du comportement);

- encourager la participation aux activités parascolaires auxquelles l'élève est susceptible de bien réussir;
- présenter des programmes de sensibilisation aux psychopathologies, avec le consentement des élèves et des parents;
- communiquer avec la famille et, moyennant sa permission, avec le médecin de l'élève. (On a demandé à certains enseignants de fournir au médecin les notes qu'ils ont prises lorsque l'élève est sous surveillance médicale. D'autres ont joué un rôle de premier plan en fournissant de la documentation pour justifier l'entrée à l'hôpital, le besoin de revoir les médicaments prescrits ou de démontrer les progrès.);
- enseigner et modéliser des comportements de soutien à l'intention de tous les élèves;
- préconiser une routine à suivre et s'y reporter;
- demander à l'élève de dresser un horaire quotidien par écrit;
- offrir le soutien et l'aide nécessaires pour rediriger son attention, ce qui comprend la proximité physique, des indices visuels ou auditifs;
- répondre à la première question d'un travail en guise d'exemple;
- fixer un ou deux objectifs personnels tous les jours avec l'élève;
- recourir à une structure et à une orientation externes aussi longtemps que nécessaire, tout en conservant l'objectif à long terme de l'indépendance personnelle;
- ramener l'élève à l'ordre pour ce qui est de ses tâches;
- encourager l'élève à avoir recours à des temps de réflexion ou de repos imposés par l'élève si les relations interpersonnelles deviennent menaçantes ou accablantes; surveiller les signes de stress;
- renforcer la bonne conduite;
- accepter l'élève tel qu'il est.

**BIBLIOGRAPHIE**
(schizophrénie)


**Sites Internet**

http://www.angelfire.com/sc/schizophrenie2/

http://www.rehab-infoweb.net/va1.htm

**Livres et revues**

ASSOULINE, M. (1997). « Adolescents et jeunes adultes autistiques et psychotiques en hôpital de jour », *L'information psychiatrique, 1,* 17-23.

BENOÎT, F. (1997). « Psychose à l'adolescence : difficultés et erreurs diagnostiques », *Prisme, 7,* 3-4.

BRUNET, L. (1997). « Adaptation de deux instruments de mesure de la symbolisation et Comparaison entre des enfants psychotiques et des enfants non psychotiques », *Revue québécoise de psychologie, 18,* 61-74.

FOMBONNE, E. (1995). *Troubles sévères du développement : le bilan à l'adolescence*, Paris : CTNERHI.

LEMAY, M. (1994). « Un service parmi d'autres dans la panoplie des interventions pour les enfants autistes et psychotiques », *Prisme, 4,* 360-373.

LENOIR, P. et D. SAUVAGE. (1993). « Syndromes schizophréniques, autisme de l'enfant, diagnostic, évolution, traitement », *Revue du Praticien, 17,* 2283-2288.

LAPERRIÈRE, R. (1993). « Mise en place du processus psychothérapique chez l'enfant psychotique confusionnel », *Prisme, 3,* 584-595.


121

# TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION

**TABLE DES MATIÈRES**


Trouble oppositionnel avec provocation .......... 120
Caractéristiques .......... 121
Causes .......... 122
  Facteurs génétiques .......... 123
  Milieu et tempérament .......... 123
Traitements médicaux et cliniques .......... 124
  Thérapie comportementale .......... 124
  Psychothérapie .......... 125
  Médicaments .......... 125
Stratégies de l'école .......... 125
  Personnel administratif .......... 126
  Tout le personnel .......... 127
  Parents .......... 129
  Stratégies en classe .......... 131
    Organisez votre classe soigneusement .......... 132
    Organisez votre horaire et vos stratégies d'enseignement avec soin .......... 133
    Créez une classe accueillante .......... 133
    Élaborez un plan de discipline et de responsabilité en classe .......... 135
    Élaborez un plan d'intervention personnalisé (PIP) .......... 137
    Élaborez un plan de comportement .......... 140
    Autres élèves .......... 143
Bibliographie .......... 145
  Sites Internet .......... 145
  Livres et revues .......... 145


BEST COPY AVAILABLE

## TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION

Même si le trouble oppositionnel avec provocation est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquemment diagnostiqués chez les enfants, peu de recherches ont été effectuées dans ce sens. Les enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation sont agressifs, se mettent en colère et font délibérément des choses qui ennuient les autres. Souvent, c'est d'abord à la maison que surgissent les comportements associés au trouble oppositionnel avec provocation et avec le temps, ils se manifestent dans d'autres milieux, comme à l'école et dans la communauté[1].

Le trouble oppositionnel avec provocation est plus fréquent dans les familles où les enfants ont été sous la garde de nombreuses personnes ou encore, dans les familles où les enfants sont élevés dans un milieu hostile, dans un milieu qui manque d'uniformité ou dans un milieu où règne la négligence. À l'âge préscolaire, les enfants, surtout les garçons, peuvent avoir un tempérament difficile, comme avoir de la difficulté à se calmer ou une grande activité motrice. À l'âge scolaire, on peut observer une faible estime de soi, des sautes d'humeur, une faible tolérance à la frustration, un langage grossier et une consommation précoce d'alcool, de tabac ou de drogues illicites. L'enfant est souvent en conflit avec ses parents, ses professeurs ou ses camarades.[2]

Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> édition) (DSM-IV), la caractéristique essentielle du trouble oppositionnel avec provocation est un ensemble récurrent de comportements inappropriés, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en situation d'autorité. Pour porter le diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation, il faut que ces comportements surviennent plus fréquemment qu'on ne les observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau comparables, et qu'ils entraînent une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Le trouble oppositionnel avec provocation se manifeste habituellement avant l'âge de huit ans et rarement après le début de l'adolescence.[3]

Les comportements perturbateurs des élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation sont moins sévères que ceux des sujets ayant un trouble des conduites. Pour en savoir davantage sur le trouble des conduites, veuillez consulter la dernière section de ce manuel. Même si le trouble oppositionnel avec provocation et le

---

[1] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition) (p. 109), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.
[2] Ibid., p. 109.
[3] Ibid., p. 109.

trouble des conduites se ressemblent beaucoup, ils diffèrent nettement sur le plan de la sévérité du comportement. Contrairement au trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation n'inclut généralement pas d'agressions physiques envers des animaux ou de destruction de biens matériels. Dans un grand pourcentage des cas, les enfants ayant un trouble oppositionnel vont développer un trouble des conduites à l'adolescence.[4]

Les élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation affichent des comportements difficiles, négatifs, hostiles et provocateurs, sans toutefois porter atteinte aux droits d'autrui, contrairement à ce qui se produit dans le cas du trouble des conduites. Ces deux troubles sont caractérisés par la désobéissance, l'agressivité et l'hostilité.

## CARACTÉRISTIQUES

Les élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation affichent de nombreux comportements négatifs et provocateurs. Ils sont d'humeur changeante et un rien les frustre. Ils n'aiment pas qu'on leur dise quoi faire et ils sont coléreux. Pour cadrer avec les critères du trouble oppositionnel avec provocation, le comportement négatif, hostile et provocateur doit être présent pendant au moins six mois. Pendant cette période, au moins quatre des comportements suivants sont présents :

- se met souvent en colère;
- conteste souvent ce que disent les adultes;
- s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes;
- embête souvent les autres délibérément;
- fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite;
- est souvent fâché et plein de ressentiment;
- se montre souvent méchant ou vindicatif.[5]

(**Remarque :** Cela signifie que les occurrences sont souvent quotidiennes et hebdomadaires.)

Avant d'établir un diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation, le professionnel de la santé mentale examine l'enfant, parle à l'enfant ainsi qu'à ses parents et passe en revue le dossier médical de l'enfant. Si cet enfant va à l'école, le professionnel de la santé mentale peut également demander à son enseignant de lui envoyer un rapport, dans lequel il prend soin de mentionner ses

---

[4] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4[e] édition) (p. 109), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.
[5] Ibid., p. 111-112.

inquiétudes en matière d'apprentissage ou de comportement. Lorsque le professionnel de la santé mentale pose des questions à la famille et à l'enfant, il évalue l'existence des caractéristiques ci-dessous de même que leur gravité et leur fréquence.

Les comportements négatifs, provocateurs et de désobéissance prennent notamment les formes suivantes :

- contester ce que les autres disent;
- embêter les autres;
- manipuler les autres;
- refuser de se plier aux demandes;
- refuser de se conformer aux règles;
- faire fi des règles de l'école et de la classe.

L'hostilité prend les formes suivantes :

- colères;
- bagarres;
- agression verbale;
- rancœur à l'égard des autres;
- incapable de maîtriser son humeur;
- méchant ou vindicatif;
- automutilation;
- langage grossier ou obscène.

L'entêtement et la résistance continus prennent les formes suivantes :

- refuser de faire les travaux qu'on lui demande de faire;
- rejeter sur autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite;
- ne pas accepter la responsabilité de ses actes inappropriés;
- être incapable de faire des compromis, de céder ou de négocier avec les adultes ou ses camarades;
- s'engager dans des conflits de pouvoir.

## CAUSES

La cause du trouble oppositionnel avec provocation n'est pas connue. Le trouble oppositionnel avec provocation se révèle habituellement avant l'âge de huit ans, et généralement, pas après le début de l'adolescence.[6] Au début, un grand nombre de ces comportements sont acceptés comme s'ils étaient normaux. Cependant, ils ne se dissipent pas avec le temps. Typiquement, le début des troubles est progressif, sur des mois, voire des années.[7]

---

[6] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4[e] édition) (p. 110), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

[7] Ibid., p. 110.

## Facteurs génétiques

Le trouble oppositionnel avec provocation est plus fréquent chez les garçons que chez les filles. C'est particulièrement le cas à l'âge préscolaire, chez les enfants ayant un tempérament difficile, comme ceux qui ont une réactivité excessive, qui ont de la difficulté à se calmer ou qui ont une activité motrice élevée. Après la puberté, les taux de prévalence se rapprochent chez les garçons et chez les filles.[8] Selon les recherches effectuées, le trouble oppositionnel avec provocation existe rarement seul. Les troubles les plus courants qui lui sont associés sont le trouble de déficit de l'attention, la dépression et l'anxiété. Il est important de noter que chez les enfants et les adolescents, le comportement oppositionnel est également une caractéristique qui est souvent associée au trouble de l'humeur, au trouble psychotique ou au trouble de l'abus de substances.

## Milieu et tempérament

Les comportements caractéristiques du trouble oppositionnel avec provocation ne sont pas nécessairement évidents à l'école ou dans la communauté si le milieu est structuré et s'il existe des routines, et si l'élève a l'impression que la situation est juste et cohérente. Cependant, les périodes qui ne sont pas supervisées peuvent poser d'énormes problèmes dans le cas des élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation. Lorsqu'un de ces élèves n'est pas supervisé, il oublie les règles et les attentes que l'on a à son égard, puis il fait de mauvais choix. Cet élève se retrouve donc dans des situations gênantes. Par exemple, il peut se bagarrer ou faire des vols à l'étalage.

Typiquement, c'est dans les interactions avec les adultes ou avec les pairs que l'élève connaît bien que les symptômes se manifestent le plus. On peut donc ne pas remarquer ces symptômes au cours d'un examen clinique. Habituellement, les élèves ne se considèrent pas eux-mêmes comme hostiles ou provocateurs, mais justifient leurs conduites comme des réponses à des demandes déraisonnables ou à des circonstances injustes.

Les élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation donnent l'impression d'être en colère et d'avoir de la rancœur. Souvent, cette attitude déclenche des réactions prononcées chez les autres. Ces élèves essaient souvent de forcer les gens à réagir et ils y parviennent. Ils peuvent bien réussir à faire en sorte que leurs

---

[8] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition) (p. 110), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

gardiens ou leurs parents se chicanent entre eux afin d'éviter de se faire poser des questions. Par conséquent, certaines personnes facilement influençables peuvent croire qu'elles aideront l'élève si elles cèdent à ses exigences. Ces élèves sont capables de monter les parents contre les grands-parents et les enseignants contre les parents. Il n'est pas rare que les enseignants, les parents et parfois même d'autres personnes vivent des conflits entre eux pour des raisons se rapportant à ces élèves. Afin d'éviter les sentiments négatifs de reproches, les parents et les enseignants doivent maintenir une bonne communication.

## TRAITEMENTS MÉDICAUX ET CLINIQUES

Seuls des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale peuvent poser des diagnostics de trouble oppositionnel avec provocation. Par contre, les enseignants peuvent prêter main-forte en montant un dossier précis et en prenant des notes à partir de leurs observations, des interactions de l'élève ainsi que des signes de croissance, de rendement et de comportement chez l'élève. Les renseignements que nous donnons ici à propos des traitements médicaux et cliniques ont seulement pour but de sensibiliser les enseignants à ces troubles et à faire en sorte qu'ils connaissent mieux les thérapies auxquelles les élèves ayant des troubles émotionnels ou des psychopathologies peuvent avoir accès à l'extérieur de l'école. Toutes les thérapies médicales et cliniques doivent être administrées et surveillées par des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale.

En général, l'intervention dont les élèves bénéficient le plus recèle une vaste gamme de stratégies, comme la thérapie de comportement, le counselling individuel et (ou) familial, la psychothérapie et la pharmacothérapie. Puisque le traitement est difficile, il présente souvent une source de stress aux personnes qui travaillent avec les élèves ayant un trouble oppositionnel avec provocation.

### Thérapie comportementale

Il arrive souvent que la thérapie comportementale porte fruits dans le cas du trouble oppositionnel avec provocation. Dans le cadre de cette thérapie, les parents apprennent à mieux maîtriser la situation, à réagir aux crises de nerf de leur enfant, de même qu'à ses accès de colère et à ses contestations, puis ils apprennent à modéliser des habiletés de maîtrise appropriées. Cette thérapie leur montre également comment faire pour que l'enfant présentant un trouble oppositionnel avec provocation ne monte pas les gens les uns contre les autres. Le trouble oppositionnel avec provocation est fortement associé à l'agression et à des interactions négatives entre les parents et l'enfant pendant son enfance. Grâce à la thérapie de comportement, les parents et les gardiens subissent moins le

fardeau du stress qu'ils éprouvent en raison de la bataille constante qu'ils doivent livrer aux enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation.

### Psychothérapie

Dans le cas des élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation, les meilleures formes de traitement prennent la forme de thérapies de groupe, individuelle et (ou) familiale. Dans le cadre de l'une ou l'autre de ces thérapies, un professionnel chevronné écoute les personnes, leur pose des questions et guide leurs conversations ou les activités afin d'aider les personnes présentant un trouble oppositionnel avec provocation à mieux comprendre leurs sentiments de frustration et de colère et à mieux les maîtriser. En général, la thérapie vise à aider la jeune personne à faire des liens entre le comportement, les sentiments et les relations. La psychothérapie d'appoint, qui consiste à rassurer, encourager et conseiller la personne, comporte des avantages à long terme lorsque la thérapie met l'accent sur les aspects pratiques tels que les besoins professionnels et les aptitudes à la vie quotidienne.

### Médicaments

Généralement, la prescription de médicaments n'est pas indiquée, à moins que l'élève ne souffre d'autres troubles, comme le trouble de déficit de l'attention, la dépression ou la schizophrénie. Si l'élève prend des médicaments, l'enseignant peut s'enquérir, auprès des parents ou du médecin (moyennant consentement), des caractéristiques et des effets secondaires des médicaments en question.

## STRATÉGIES DE L'ÉCOLE

Lorsqu'il faut déterminer les stratégies devant être adoptées à l'école pour faire face aux élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation, il faut tenir compte du fait qu'il existe une grande corrélation entre le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. Bien que le trouble des conduites soit de nature plus grave, les stratégies visant à maîtriser les mauvais comportements à l'école sont les mêmes.

Sur le plan scolaire, l'épanouissement des élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation se réalise surtout grâce au travail d'équipe. Le soutien et la collaboration des familles, des professionnels de la santé ne relevant pas de l'école et des organismes communautaires qui travaillent avec l'élève sont essentiels. À l'école, le personnel administratif de l'école, les enseignants et le personnel de soutien doivent travailler de concert afin que tous comprennent bien la situation des élèves présentant un trouble

oppositionnel avec provocation et afin que leurs actes soient cohérents. La planification, la communication, le travail d'équipe et la cohérence sont les clés de voûte de la réussite. Les stratégies et les suggestions dont il est question ci-dessous favorisent un milieu propice à l'apprentissage pour les élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation.

## Personnel administratif

- Établissez des attentes relatives au comportement pour tous les élèves de l'école.
- Aidez les enseignants à élaborer des plans de discipline et de responsabilité pour leurs classes.
- Élaborez des stratégies et des méthodes de pré-recommandation afin de donner lieu à un diagnostic et à une intervention rapides sur le plan du comportement.
- Affectez un membre du personnel à la coordination de ce processus, c'est-à-dire pour ce qui est de l'accès aux ressources et aux services, de la communication avec les parents, de l'amélioration de la collaboration entre les divers organismes concernés, de la surveillance des progrès et de la facilitation du travail en équipe.
- Soyez proactif avec les parents et les élèves. Organisez-vous pour discuter de la programmation et de l'intervention avant le premier jour de classe. Mentionnez clairement ce qui peut être fait à l'école pour venir en aide à l'élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation. Appuyez le travail des parents fait à la maison et soyez prêt à faire des compromis.
- Donnez suffisamment de temps au personnel pour préparer un plan d'intervention personnalisé (PIP) et un plan de comportement.
- Obtenez la permission des parents pour avoir le droit de communiquer avec les autres professionnels qui travaillent avec l'élève, comme son médecin de famille, son psychiatre, son psychologue.
- Faites en sorte que les enseignants aient l'occasion de rencontrer l'élève seul pour discuter de son comportement, faire des plans ou des contrats et formuler des commentaires constructifs sur son comportement.
- Il est important que les enseignants soient entièrement au courant de tous les comportements et de toutes les interventions qui ont lieu ailleurs qu'en classe. Élaborez des marches à suivre pour que le personnel de l'école puisse communiquer et

consigner les problèmes qui surgissent ailleurs qu'en classe, afin que des mesures disciplinaires cohérentes puissent être maintenues. Prenez le temps d'analyser les crises qui font surface pendant la journée, même si ce n'est pas en classe. Par exemple, s'il y a une altercation sur le terrain de l'école, l'enseignant doit être mis au courant de la situation.

- Faites en sorte que les élèves aient l'occasion de travailler dans divers milieux (à la bibliothèque, par exemple), lorsque des difficultés surgissent pendant les périodes non structurées, ex. : à la récréation ou à l'heure du midi.
- Faites en sorte que les mesures de soutien nécessaires (l'espace, le personnel et le temps) existent pour donner lieu à la mise en œuvre des plans de comportement.
- Assurez-vous que le personnel a suivi la formation nécessaire portant sur les stratégies axées sur la collaboration et la modification du comportement, selon les besoins.

## Tout le personnel

- La compréhension est de mise. Tous les membres du personnel qui travaillent avec l'élève devraient bien connaître le trouble et ses caractéristiques.
- Rappelez-vous que le comportement négatif n'est pas de nature personnelle!
- Soyez au courant du plan d'intervention personnalisé et du plan de comportement de l'élève. Au besoin, prenez part à l'élaboration de ces plans. Il est particulièrement important que le personnel connaisse les méthodes particulières pour faire face à un comportement agressif et oppositionnel.
- Soyez cohérent. Le personnel de l'école doit être au courant des stratégies et les mettre en application. Les interventions et les conséquences (des comportements positifs et négatifs) doivent être uniformes et être appliquées sans tarder. Les comportements positifs doivent être renforcés souvent. Les comportements négatifs doivent être suivis de conséquences naturelles énoncées clairement, appliquées de manière cohérente et immédiate.
- Le personnel qui travaille avec l'élève doit connaître les techniques d'intervention non violentes en cas de crise. Dans certains cas, une intervention physique s'impose pour assurer la sécurité de l'élève et celle des autres. (Des cours sont donnés à ce sujet. Renseignez-vous auprès de votre conseil scolaire.)

- Soulignez chaque petite étape d'apprentissage, car l'élève peut accuser du retard sur le plan scolaire.
- Parlez à ces élèves de leur comportement en privé et non pas en face d'autres personnes afin de ne pas les mettre dans l'embarras. Les réprimandes faites en public et l'embarras qui en résulte auront pour effet d'aggraver le comportement oppositionnel.
- Ayez le sens de l'humour, surtout avec les élèves plus âgés (mais ne soyez pas sarcastique).
- Recourez souvent, de façon individuelle, à des stratégies axées sur la rétroaction, les signaux, le guidage et le repérage.
- Soyez calme et ne montrez pas vos émotions. Si vous criez, proférez des menaces et le culpabilisez, cela aura seulement pour effet de le rendre moins docile et d'aggraver son comportement oppositionnel.
- Soyez conscient de vos propres éléments déclencheurs afin de ne pas être attiré dans un modèle d'interaction négative.

Lorsque vous demandez à l'élève d'obéir, les stratégies suivantes peuvent augmenter vos chances de réussite. Il est particulièrement important de lui donner des choix.

- Vos demandes devraient dire « commence » et non pas « arrête ». Aussi, les demandes disant « fais » sont plus désirables que celles disant « ne fais pas ».
- Faites preuve de politesse. Par exemple : « S'il te plaît, pourrais-tu commencer ton travail? » et non pas « N'est-ce pas le temps de commencer ton travail? ».
- Dans la mesure du possible, offrez-lui des choix : « Préfères-tu travailler à ton pupitre ou à la table? ».
- Afin d'éviter les malentendus, décrivez le comportement désiré de manière claire et précise. Évitez les discussions ou les débats portant sur le comportement.
- Faites une seule demande à la fois.
- Faites vos demandes d'une voix douce, en vous approchant de l'élève et en le regardant dans les yeux.
- Avant de faire vos demandes, vous serez peut-être obligé de dire à l'élève de vous regarder. Par exemple : « Simon, je te prie de me regarder dans les yeux. Maintenant, je veux que tu… » (*Avertissement* : Pour certaines cultures et certains groupes ethniques, comme les cultures autochtones, le fait de regarder

quelqu'un dans les yeux peut être considéré comme un manque de respect.)

Donnez de cinq à dix secondes à l'élève pour réagir. Cette durée peut varier en fonction de la situation ou de l'élève. Lorsque les émotions sont fortes, il faut que la personne dispose de plus de temps pour s'approprier l'information et changer de comportement.

Si l'élève n'obéit pas, vous pouvez procéder de la manière qui suit.

- Répétez la question ou faites une nouvelle demande au besoin. Énoncez clairement à l'élève les choix dont il dispose et les conséquences qui peuvent en découler. Les conséquences doivent être planifiées à l'avance. Elles portent surtout fruit si elles sont indiquées dans le plan de comportement que doit suivre tout le personnel de manière uniforme. Lorsqu'on donne à l'élève des choix et qu'il a le temps de les faire, la situation se désenvenime et cela réduit la possibilité d'un conflit de pouvoirs.
- Réitérez votre demande. Ensuite, mettez en pratique les conséquences planifiées, que ces conséquences fassent partie du plan de discipline et de responsabilité de la classe ou d'un plan de comportement particulier pour l'élève en question. Plus la demande sera faite souvent, moins l'élève sera susceptible de s'y conformer.

## Parents

Les parents qui ont des enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation peuvent dire de leurs enfants qu'ils commettent des actes destructeurs, intentionnels, provocateurs et (ou) agressifs. Ces enfants ne possèdent pas d'aptitudes sociales, ils ont de mauvaises fréquentations et leur apprentissage se fait difficilement à l'école. Il est important que toutes les personnes concernées par la situation travaillent de concert. Les personnes qui s'occupent d'enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation sont la cible de stress, surtout si les conflits sont fréquents. Les parents qui vivent avec des enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation peuvent éprouver de nombreux sentiments troublants et contradictoires, allant de l'amour à la colère, en passant par l'anxiété, l'affliction, la culpabilité, la peur et la dépression. Ces sentiments ne sont pas inhabituels et parfois, les parents qui font part de ces sentiments aux enseignants et à des groupes de soutien se sentent appaisés. Les parents d'enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation ont besoin de

soutien, d'aide, de patience, d'énergie et de détermination pour rester positifs avec leurs enfants.

Voici des manières de soutenir les parents d'enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation.

- Incitez ces parents à se familiariser avec divers programmes d'école pour qu'ils en trouvent un qui réponde mieux aux besoins de leur enfant.
- Encouragez ces parents à faire en sorte que leur enfant visite son école avant le premier jour de classe.
- Incitez ces parents à jouer un rôle important dans la planification destinée à leur enfant. Par exemple, ils peuvent participer à l'élaboration du plan d'intervention personnalisé (PIP) et (ou) du plan de comportement de leur enfant.
- Encouragez les parents à rencontrer le personnel de l'école pour se familiariser avec les politiques, les méthodes et les attentes du programme relatives au comportement. Il est important que les parents comprennent les conséquences des mauvais comportements ainsi que les attentes de l'école à l'égard de leur rôle. Par exemple, passer à l'école pour aller chercher leur enfant ou prendre des dispositions pour que quelqu'un d'autre aille le chercher si l'enfant doit être renvoyé à la maison. Il est important que le personnel de l'école soit sensible aux besoins personnels, aux ressources, aux valeurs, aux attentes et à la culture des familles, et qu'il soit prêt à faire des compromis et des modifications en fonction des circonstances de chaque famille.
- Facilitez la communication entre la maison et l'école en préparant un journal de bord. Expliquez que cette forme de communication est importante au travail en équipe et permet à l'enfant de mieux maîtriser son comportement. Encouragez-les donc à participer. La communication sera plus efficace si une personne à l'école s'occupe du journal de bord.
- Incitez les parents à communiquer avec l'école s'ils ne sont pas certains de ce que leur enfant leur raconte. Accueillez toujours bien les appels des parents et faites-vous un plaisir d'éclaircir les malentendus.
- Expliquez aux parents qu'il est important qu'ils appuient le programme de l'école. Encouragez les parents à dire à leur enfant qu'ils sont en faveur du programme de l'école. Encore une fois, le travail d'équipe et la confiance entre la maison et l'école sont un gage de réussite.

- Aidez les parents à élaborer un programme de renforcement à la maison, en prenant soin de faire ressortir les attentes et les récompenses, et en orientant les efforts dans le même sens que ceux de l'école.
- Aidez les parents à établir un milieu familial structuré, cohérent et prévisible, doté de règles et d'attentes. Cette structure rehausse le programme en vigueur à l'école et amenuise les possibilités de provocation, de désobéissance et d'agression à la maison. N'oubliez pas de respecter la culture et aux valeurs de chaque famille.
- Encouragez les parents à bien écouter et à prendre des notes sur lesquelles ils pourront revenir plus tard ou qu'ils pourront communiquer aux professionnels.
- Faites en sorte que les parents apprennent à connaître les intérêts de leurs enfants et à organiser des activités qu'ils peuvent aimer faire ensemble.
- Encouragez les parents à essayer de faire en sorte d'empêcher certains des mauvais comportements de leur enfant de se produire à la maison. Demandez-leur d'écrire ce qui s'est produit avant et après un mauvais comportement. Y a-t-il des tendances constantes? Peuvent-ils comprendre ce qui a provoqué le mauvais comportement? Y a-t-il des moyens de changer la situation pour prévenir ou décourager ce mauvais comportement?
- Incitez les parents à se renseigner davantage au sujet de ce trouble en :
  - s'adressant aux professionnels de la santé mentale ou des services sociaux qui se spécialisent dans ce trouble;
  - se procurant de l'information précise sur le trouble auprès des bibliothèques, de lignes de dépannage et d'autres sources;
  - établissant des liens avec les organismes communautaires pertinents;
  - leur prêtant des ressources.
- Encouragez les parents à bien respecter les traitements médicaux et cliniques, en administrant régulièrement les médicaments prescrits à leur enfant.

## Stratégies en classe

La programmation destinée aux élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation doit être planifiée et uniforme. Les principaux éléments de cette programmation ont trait à l'atmosphère et à l'organisation de la classe ainsi qu'au plan de discipline

et de responsabilité de la classe. La planification doit se faire à long terme au moyen d'un plan d'intervention personnalisé et de plans de comportements spécifiques dans le but de faire face aux comportements très perturbateurs.

**Organisez votre classe soigneusement**

- L'emplacement physique de l'élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation doit être choisi avec soin. Par exemple, vous devez tenir compte des personnes qui s'assoiront à côté de cet élève, des distractions physiques, de la place qu'il a pour bouger et de sa proximité à l'enseignant. Il est important de ne pas choisir un endroit qui isole l'élève, car cela pourrait le rendre moins apte à avoir des interactions positives avec les autres élèves.
- Facilitez-lui la circulation en classe. Autrement dit, l'élève ne devrait pas être obligé de marcher par-dessus des objets ou entre des personnes.
- Tenez compte de l'espace nécessaire pour répondre aux besoins de l'élève et aux conséquences planifiées (par exemple, un coin tranquille pour travailler, une chaise pour réfléchir).
- Considérez la disposition des pupitres de manière à faciliter l'apprentissage et à minimiser les problèmes de comportement. Lorsque les pupitres sont disposés de manière à favoriser la maîtrise efficace du comportement, l'enseignant peut se déplacer facilement et rapidement, tout en ayant accès à tous les élèves. Il peut ainsi réagir de manière cohérente et immédiate aux interactions positives et aux mauvais comportements. Quand les pupitres sont placés en rangées, l'enseignant peut s'approcher de chaque élève facilement, attirer l'attention des élèves et les ramener à la tâche au besoin. Cependant, cette disposition ne permet pas nécessairement aux élèves de travailler si bien ensemble. Lorsque les pupitres sont groupés, l'interaction entre les élèves et l'apprentissage coopératif est rehaussé, mais l'enseignant a parfois plus de difficulté à retenir l'attention des élèves pendant qu'il leur donne les consignes et leur enseigne. À ce sujet, veuillez consulter *The Teacher's Encyclopedia of Behaviour Management: 100 Problems/500 Plans*, de R.S. Sprick et L.M. Howard, pages 28–29.

**Organisez votre horaire et vos stratégies d'enseignement avec soin**

- Établissez des routines et des attentes claires pour les périodes de transition.
- Annoncez les transitions d'avance pour que les élèves puissent se préparer au changement.
- Avant d'entreprendre des activités qui posent des problèmes à un élève particulier, encouragez-le et soyez positif. Par exemple, vous pourriez lui dire : « Ce sera la période de sport dans dix minutes. Que devras-tu faire pour avoir un bon cours? » Après le cours, assurer un suivi et complimentez-le sur son bon comportement.
- Planifiez des segments d'enseignement courts et fréquents, assortis d'une variété de tâches.
- Pendant les cours, donnez une orientation claire et offrez de la variété.
- Afin d'atténuer les causes susceptibles d'aggraver le comportement négatif d'un élève, des changements s'imposent parfois; par exemple, il peut s'agir de la fatigue, de la faim, de longues périodes d'immobilité ou d'une difficulté à se concentrer.
- Faites en sorte que les choix soient le plus structurés possible. Par exemple, les programmes d'ateliers de lecture et de rédaction portent souvent fruits dans les cours de langue.

Pour obtenir de plus amples renseignements, reportez-vous à la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Education, page TSD.43.

**Créez une classe accueillante**

Pour tous les élèves, notamment ceux présentant un trouble oppositionnel avec provocation, il est important que la classe donne l'impression d'être sécuritaire, accueillante et conviviale.

En tant qu'enseignant, vous devez :

- croire que vous exercez une influence sur la vie des élèves et que tous les élèves apprennent quelque chose dans votre classe;
- faire preuve de respect envers les élèves;
- bien écouter;
- savoir que l'aspect affectif que l'on retire de la classe joue un grand rôle;

- éviter d'isoler l'élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation du reste de la classe;
- garder un ton positif; l'humour donne de bons résultats, mais le sarcasme blesse;
- faire en sorte que les suggestions visant une amélioration soient constructives et spécifiques;
- éviter de trop généraliser en employant des mots comme « toujours » et « jamais »;
- lorsque vous voulez que l'élève améliore son travail scolaire ou son comportement, formuler des commentaires précis expliquant quand, où, comment et pourquoi;
- être à l'écoute des préoccupations des élèves et leur faire savoir que vous êtes à leur disposition pour en discuter;
- envoyer un bulletin d'information régulier à la maison, dans lequel vous informez les parents des thèmes actuels, du contenu du programme, des attentes en matière de comportement et des réussites scolaires;
- observer la classe souvent pour surveiller les comportements, surtout les bons comportements à renforcer;
- superviser la classe régulièrement en faisant des interventions subtiles, comme en vous approchant de l'élève ou en le regardant dans les yeux. La proximité vous donne également l'occasion de récompenser les bons comportements en faisant un signe de la tête, un sourire ou en plaçant votre main sur les épaules de l'élève;
- établir des routines ou des rituels qui sont propices à l'apprentissage. « Les rituels, ce sont des activités répétées en classe qui suscitent une émotion désirée ou une attitude chez l'apprenant et qui communiquent ce qui suit : "Qu'est-ce qui est important ici?". La manière dont les enseignants traitent les devoirs, les notes, l'assiduité, la discipline, les questions et l'humour sont des exemples de rituels. »[9]

  Voici certains exemples :
  - accueillez les élèves à la porte;
  - au début de l'année scolaire, organisez des activités pour que tous les élèves apprennent à se connaître;
  - faites en sorte que les élèves travaillent ensemble pour établir les règlements de la classe ou les énoncés de mission;
  - renforcez les règles en les passant en revue avec les élèves et, au besoin, en leur rappelant à quel point elles fonctionnent bien.

---

[9] Tiré de *Classroom rituals for at-risk learners* (p. 3), de G. Phillips, S. Bareham et M. Chandler (eds.), 1992.

**Élaborez un plan de discipline et de responsabilité en classe**
Le plan de discipline et de responsabilité de la classe présente des lignes directrices et des attentes claires pour tous les élèves. Grâce à ce plan, les élèves sauront quels comportements sont adéquats, lesquels ne le sont pas et les conséquences des comportements inappropriés. Ce plan permet à l'enseignant de réagir de manière cohérente aux comportements de tous les élèves de la classe. Il s'agit d'un point de départ nécessaire pour favoriser la maîtrise efficace du comportement des élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation. Les idées présentées ci-dessous ont été adaptées à partir de l'ouvrage *The Teacher's Encyclopedia of Behaviour Management: 100 Problems/500 Plans*, de R.S. Sprick et L.M. Howard.

Communiquez clairement vos attentes en matière de comportement des élèves.

- Recourez aux règles de la classe de manière efficace pour communiquer clairement les attentes à tous les élèves. Les règles sont plus efficaces si :
  - les élèves participent à l'élaboration des règles;
  - leur nombre est restreint;
  - elles sont rédigées de manière positive;
  - elles sont affichées;
  - vous vous y reportez et y faites allusion régulièrement.

Pour en savoir davantage à ce sujet, veuillez consulter la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, page TSD.113.

Mettez l'accent sur les bons comportements et soulignez-les.

- Mieux vaut récompenser les bons comportements que de punir les mauvais comportements. Essayez de surprendre l'élève en train de bien se comporter et offrez un renforcement positif. Par exemple, vous pourriez le complimenter verbalement, approuver son comportement de manière non verbale, lui accorder des privilèges, lui faire faire des activités, en faire part à ses parents et donner une rétroaction écrite à l'élève.
- Les compliments descriptifs aident les élèves à comprendre en quoi leur comportement était bon et augmente les possibilités que le comportement soit repris. Au lieu de lui dire : « Excellent travail », dites-lui : « J'ai remarqué que tu as travaillé seul pendant dix minutes » ou « Lorsque tu as eu

besoin de moi, tu as levé la main et tu m'as attendu tranquillement » ou encore, « Lorsque tu as fait la résolution du problème avec Jean, ce sont tes mots que tu as employés. »

- Dans le cas d'un élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation, il est particulièrement important de récompenser l'obéissance. Si ces élèves ne sont pas récompensés, leur docilité diminuera. Au début, il est important que le renforcement vienne de l'extérieur. Avec le temps, on espère que le soutien venant de l'extérieur puisse s'amenuiser, car l'élève aura une meilleure maîtrise de soi interne.

Les réactions aux mauvais comportements sont variées. Il est important de cerner le type de mauvais comportement, la conséquence qui s'impose et d'appliquer, de manière cohérente, les conséquences qui sont planifiées pour tous les élèves.

- Lorsqu'un élève ne semble pas savoir que son comportement est inapproprié (par exemple, s'il rit quand ce n'est pas le moment), vous devez le réprimander verbalement et lui donner l'occasion de pratiquer de bons comportements. Vous devez aussi le rappeler à l'ordre et lui donner des instructions favorisant la pratique positive d'un autre comportement.
- Il est justifié de faire fi des comportements inappropriés qui ne nuisent pas à l'apprentissage des élèves, qui ne sont pas dangereux et qui risqueraient d'être renforcés si vous vous y attardez. Le genre de comportement dont il est question peut prendre les formes suivantes : taper du crayon, dénigrer les autres ou faire des bruits dégoûtants. Par contre, vous devriez accorder de l'attention positive aux comportements souhaitables.
- Pour les comportements inappropriés mineurs que vous ne pouvez pas ignorer, vous devez avoir des conséquences en classe. Il s'agit de comportements tels que donner un coup à d'autres élèves ou déchirer des papiers. Les conséquences doivent être logiques ou proportionnelles au comportement inapproprié. Par exemple, vous pourriez dire à l'élève de rester en classe pendant la récréation ou après l'école pour refaire son travail, lui imposer une période de réflexion en classe, communiquer avec ses parents, le faire changer de place en classe.
- Dans le cas de comportements très perturbateurs, vous devez prévoir des conséquences à l'extérieur de la classe. Il s'agit ici de comportements sérieux tels que crier des injures, contester constamment, défier l'enseignant ou encore, des comportements agressifs et dangereux. Pour tenter de venir à bout des

comportements très perturbateurs qui sont répétés constamment, vous pourriez élaborer un plan de comportement spécifique. Ce genre de plan maximise l'efficacité, la cohérence et la sécurité.

- Si vous voulez atteindre un objectif à court terme pour un élève particulier, vous devriez considérer l'élaboration d'une entente écrite particulière ou d'un contrat de comportement. Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, page TSD.46.

**Préparez un plan d'intervention personnalisé (PIP)**

Un PIP est un engagement d'intention écrit conclu par une équipe d'enseignants afin que les élèves ayant des besoins spéciaux puissent avoir droit à une programmation pertinente. La raison d'être du PIP consiste à améliorer les résultats des élèves, tant sur le plan scolaire que comportemental. Ce plan est préparé par une équipe composée des parents, des enseignants, du personnel administratif et d'autres professionnels qui s'occupent de l'élève. Le PIP devrait être un document de travail important dans lequel les modifications qui sont apportées à la programmation dans le but de répondre aux besoins des élèves sont mentionnées et les progrès des élèves sont consignés. Chaque élève est unique et par conséquent, ses réactions aux diverses stratégies peuvent différer. Le PIP tient compte des points forts de l'élève, de ce qu'il aime, de ce qu'il n'aime pas, de ses intérêts, de ses besoins sur le plan scolaire, social et comportemental ainsi que de ses réactions aux stratégies.

Lorsque les stratégies d'enseignement habituelles ou les lignes directrices en matière de comportement ne permettent pas d'aider un élève à réussir ou à fonctionner à un niveau approprié pour son âge ou son année scolaire, il y a lieu d'élaborer un PIP. Nombreux sont les élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation qui donnent des résultats inférieurs à leur niveau scolaire. Parfois, cela est attribuable à un apprentissage supplémentaire ou à une déficience de l'attention et parfois, aux effets négatifs de leur comportement inapproprié sur leur apprentissage, surtout parce qu'ils manquent des heures de classe.

L'élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation doit apprendre à se comporter correctement. Le PIP constitue un processus permettant d'identifier les comportements désirés, de

planifier des stratégies permettant d'aider l'élève à s'approprier ces comportements et de déterminer quelles personnes seront responsables de la mise en œuvre des stratégies. Afin d'optimiser l'efficacité de ce plan, il faut que les parents, les autres professionnels et les organismes communautaires prêtent main-forte à l'école pour préparer le PIP et le mettre en œuvre. Par exemple, les partenaires de la communauté peuvent jouer un rôle important dans l'enseignement des aptitudes sociales ou de la maîtrise de la colère. La fiche documentaire présentée à la page 12 peut favoriser le travail en équipe visant à satisfaire aux besoins des élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation.

L'élaboration des PIP doit être axée sur les points forts de l'élève. Évitez de vous concentrer sur les comportements inappropriés de l'élève. Attardez-vous plutôt aux comportements de remplacement souhaitables. Dites-vous par exemple : « Qu'est-ce que je veux que l'élève fasse à la place? Quelle est la meilleure façon de l'aider à atteindre ces objectifs? »

Les objectifs en matière de comportement doivent faire mention des comportements souhaités. Par exemple, il :

- réagira de manière constructive aux commentaires et aux corrections des adultes (dans le cas d'un élève qui conteste ou fait des accès de colère);
- emploiera les exclamations convenables (dans le cas d'un élève qui a un langage grossier);
- réagira aux taquineries de manière raisonnable pour son âge (dans le cas d'un élève sensible ou agressif);
- se calmera sans faire preuve d'agressivité ou déterminera les situations posant des problèmes et y réagira convenablement (dans le cas d'un élève agressif);
- terminera ses travaux à temps (dans le cas d'un élève qui tarde à commencer ses travaux ou qui ne se concentre pas sur ses tâches);
- travaillera en collaboration avec les autres élèves (dans le cas d'un élève qui rit des autres).

C'est à l'équipe qu'il incombe de déterminer la priorité des objectifs. Même si les besoins sont nombreux, il vaut mieux se concentrer sur quelques besoins pour commencer. Les progrès doivent être surveillés et de nouveaux objectifs doivent être fixés.

Voici des aspects à considérer :

- enseignez-lui des techniques de relaxation, telles que la respiration profonde, car cela peut aider l'élève à maîtriser sa colère;
- montrez-lui quels sont les signes physiques de la colère ou de la détresse, telle la fréquence cardiaque accrue;
- enseignez-lui à s'autosurveiller. L'élève qui observe et tient compte de ce qu'il fait prend davantage conscience du comportement qui pose des problèmes et (ou) de ses améliorations. L'autosurveillance aide les élèves ayant des comportements inappropriés qui ne sont pas graves ou de mauvais comportements habituels, telles que faire des étourderies, se plaindre, ne pas se concentrer sur son travail, faire du travail négligé, mal écouter, faire des commentaires non appropriés ou avoir de mauvaises aptitudes sociales. Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching Students with Learning Disabilities*. Il s'agit du sixième ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, pages LD.212–215.
- Montrez-leur des aptitudes sociales. Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, pages TSD.5-11, 68-77. Vous pouvez aussi consulter la publication *Teaching Students with Learning Disabilities*. Il s'agit du sixième ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, pages LD.209–211.
- Enseignez-lui des stratégies d'adaptation pour qu'il puisse faire face à l'anxiété et au stress.
- Montrez-lui comment résoudre les problèmes. Pour en savoir plus à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching Students with Learning Disabilities*. Il s'agit du sixième ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, page LD.215.

Par ailleurs, vous pouvez élaborer un contrat de comportement ou un programme de renforcement structuré, afin de viser un objectif spécifique à court terme relevant d'un but à long terme du PIP. Ce genre de contrat peut aider un élève à prendre davantage conscience du comportement visé. Le contrat devrait faire en

sorte que l'élève connaisse un certain succès immédiat. Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching for Student Differences.* Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, page TSD.46.

Il est important d'inclure un plan de communication entre l'école et la maison. Par exemple, cela pourrait prendre la forme d'un registre de communications qui est envoyé à la maison tous les jours et dans lequel on décrit la journée de l'élève et les devoirs à faire. Il peut y avoir lieu d'établir un système de récompenses et de conséquences afin que l'élève n'oublie pas d'apporter ce registre à la maison, et vice-versa.

Un plan de communication avec les autres professionnels s'occupant de l'élève favorise un travail d'équipe positif.

Il est également important de prendre régulièrement note d'incidents survenus afin de surveiller les changements de comportement, l'efficacité ou l'inefficacité des stratégies ainsi que les interventions et les nouvelles difficultés à surmonter.

**Élaborez un plan de comportement**
L'expression « plan de comportement » se rapporte à une gamme de méthodes officielles et officieuses mises en place en vue de venir à bout des comportements inappropriés. Dans le cas des élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation, un plan de comportement officiel peut s'imposer afin de maîtriser les comportements très perturbateurs qui nécessitent des conséquences à l'extérieur de la classe. Ce plan vise à réduire les perturbations en classe. Il doit être utilisé conjointement avec des plans à long terme dans le but d'aider l'élève à acquérir les bons comportements dont le PIP fait mention.

Les mesures et les composantes d'un plan de comportement comprennent ce qui suit :[10]

- recueillez des renseignements de base;
- communiquez avec les parents de l'élève (discutez du problème, organisez un entretien et essayez de résoudre le problème en collaboration);

[10] Tiré de *The Teacher's encyclopedia of behaviour management: 100 problems/500 plans* (p. 323-326, 328-331) de R.S. Sprick et L.M. Howard, 1995, Longmont, Colorado, Sopris West Inc.

- rencontrez les membres du personnel concernés afin de concevoir les marches à suivre (tout le monde doit savoir comment réagir);
- déterminez quel est le comportement positif de l'élève, ses comportements inappropriés mais mineurs (qui ne vous empêchent pas d'enseigner) et les mauvais comportements graves (qui vous empêchent d'enseigner);
- établissez des méthodes vous permettant de vous concentrer sur les bons comportements de l'élève et sur ses points forts;
- prévoyez des conséquences en classe pour les comportements inappropriés mais mineurs; par exemple, ignorez l'élève qui tape du crayon; accordez une période de réflexion en classe à l'élève qui donne un coup aux autres; réparez ou remplacez les biens matériels endommagés;
- prévoyez des conséquences à l'extérieur de la classe pour les comportements inappropriés et graves.

Lorsqu'un élève n'obéit pas même si vous lui demandez de cesser un comportement inapproprié et grave, faites en sorte d'avoir des mesures et des méthodes spécifiques convenues à l'avance.

- Donnez à l'élève le choix de se rendre à un endroit précis seul, ou avec une aide (c'est-à-dire avec un accompagnateur). Si l'élève décide d'y aller seul, ce n'est pas toujours une bonne idée.
- Communiquez avec le secrétariat ou avec d'autres membres du personnel afin d'obtenir de l'aide pour retirer l'élève de la classe. Il est important d'avoir un plan de rechange pour avoir l'aide d'un autre adulte. Par exemple, déterminez qui vous aidera si la personne désignée ne se trouve pas à l'école à ce moment-là. Il est extrêmement important que tous les membres du personnel concernés aient suivi une formation et possèdent de l'expérience en intervention de crise non violente.
- Réorientez les autres élèves. Préparez la classe pour les situations de crise afin que les élèves puissent suivre une routine en cas d'intervention entourant un élève particulier.
- Lorsque l'élève est retiré de la classe et placé dans un endroit précis, faites en sorte qu'il soit supervisé. Lorsque vous choisissez un endroit pour y placer l'élève retiré de votre classe, faites-le avec soin. L'endroit ne doit pas être intéressant ou ne doit rien renforcer en aucune façon. Un programme de supervision réciproque établi à l'échelle de l'école peut permettre de fournir une supervision adéquate. Par exemple, les élèves exclus sont placés dans une classe désignée, où ils peuvent être obligés de rédiger un rapport d'incident ou de faire un travail.

Ces élèves doivent également être tenus responsables du temps et du travail manqués pendant qu'ils ne se trouvaient pas en classe.

- Planifiez la transition du retour en classe. La marche à suivre doit tenir compte de la durée pendant laquelle ces élèves seront sortis de la classe et déterminer quelles personnes discuteront du comportement des élèves pour les aider à reconnaître leurs comportements inappropriés et planifier un comportement différent à l'avenir. Pour en savoir plus au sujet des entretiens concernant le comportement et de la technique de résolution des problèmes, reportez-vous à la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, pages TSD.117–118; ainsi qu'à la publication *Teaching Students with Learning Disabilities*, page LD.215. Il s'agit du sixième ouvrage de la même série. L'entretien concernant le comportement peut inclure la rédaction d'un rapport d'incident. À ce moment-là, l'élève rédige un rapport sur l'incident, ce qui le force à accepter la responsabilité de ses actes. Les questions suivantes peuvent être posées :
  - Comment en suis-je arrivé là?
  - Que ferai-je la prochaine fois que je serai dans une situation semblable?
  - Maintenant, que dois-je faire pour résoudre le problème?

  L'élève doit ensuite dater et signer le rapport d'incident, de même que l'enseignant et peut-être même les parents.
- Établissez un système de consignation des registres et d'évaluation.
- Discutez avec l'élève des comportements qui posent des problèmes et du plan de comportement.
- Avant qu'une situation pour laquelle vous aurez besoin d'une aide supplémentaire ne survienne, faites un jeu de rôle avec le personnel (et l'élève si possible). Grâce à cette composante essentielle, vous pourrez déterminer les difficultés imprévues, préparer des plans en cas d'urgence et inculquer de la confiance au personnel. N'oubliez pas que le travail d'équipe et la cohérence sont les clés de la réussite. Si l'enseignant n'a pas l'impression qu'il recevra l'aide requise, il ne passera pas nécessairement à l'action pour ce qui est des conséquences prévues pour les comportements inappropriés et graves.

L'efficacité du plan de comportement doit être revue. Il faut s'attendre à ce que les comportements inappropriés et graves deviennent moins fréquents. Cependant, si ces comportements

persistent, il faut alors revoir l'efficacité du plan et des stratégies de comportement du PIP afin de déterminer les facteurs qui influencent le comportement. Est-ce que les interventions décrites dans le PIP donnent lieu à un changement de comportement positif? Est-ce que l'élève a l'occasion d'apprendre d'autres comportements positifs? A-t-il besoin d'un soutien plus poussé et d'interventions différentes? Quels sont les changements qui s'imposent?

**Autres élèves**

Il est important que tous les élèves aient l'impression que l'école est un milieu sécuritaire et accueillant. Habituellement, cela signifie qu'il doit y avoir une supervision constante à l'école et qu'il faut donner des instructions aux autres élèves de la classe. Les stratégies et suggestions suivantes aideront les élèves à avoir des interactions positives avec leurs pairs présentant un trouble oppositionnel avec provocation.

- Faites apprendre les routines de la classe aux élèves de même que les bons comportements à adopter lorsque vous vous occupez de l'élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation.
- Lorsque les élèves de la classe sont serviables et respectent les routines, récompensez-les et renforcez leur bon comportement.
- Expliquez aux élèves l'importance de fuir les affrontements susceptibles de dégénérer en agression.
- Montrez aux élèves à faire fi de l'élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation lorsqu'il se comporte mal.
- Encouragez les élèves à aller chercher de l'aide dès qu'ils ont l'impression de ne plus maîtriser la situation.
- Pour les travaux en équipe, placez, de manière stratégique, l'élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation avec des élèves qui affichent un bon comportement. Il peut être utile de jumeler l'élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation à un modèle de comportement positif qu'il respecte.
- Incitez tous les élèves à faire partie de l'équipe de la classe de manière positive et à participer aux activités de l'école.
- Recourez à l'enseignement par les pairs et à la modélisation des rôles pour enseigner les comportements appropriés.

- Encouragez les pairs à renforcer, signaler, rappeler et soutenir les comportements positifs entre eux, en particulier dans le cas de l'élève présentant un trouble oppositionnel avec provocation.
- Dissuadez les élèves de porter des chapeaux ou des blousons. Ils auront ainsi moins l'occasion de cacher des jouets, des objets pointus dans leurs vêtements.

147

**BIBLIOGRAPHIE**
(trouble oppositionnel avec provocation)


**Sites Internet**

http//www.psychomedia.qc.ca/qfr60.htm

http//www.psychomedia.qc.ca/qfr61.htm

http//www.alaindoucet.qc.ca/

**Livres et revues**

BEAULIEU, A. (1999). « Ateliers de prévention de la violence chez des élèves du premier cycle primaire », *La Revue canadienne de psycho-éducation, 28*, 247-264.

CIPANI, E. (1995). *Les comportements perturbateurs : trois techniques à utiliser dans ma classe*. Québec : École et comportement.

DUJARDIN, B. (1996). *Les enfants et la violence : propos d'enfants sur les violences dans une école*. Paris : Indigo et Côté-femmes.

LÉTOURNEAU, J. (1995). *Prévenir les troubles du comportement à l'école primaire*. Québec : École et comportement.

MORENCY, L., et C. BORDELEAU. (1997). « L'élève présentant des troubles de comportement : Qui est-il et comment l'approcher? »,*Vie pédagogique, 102*, 44-48.

TREMBLAY, R. (1998). « Les élèves qui présentent une difficulté de comportement », *Revue québécoise de psychologie, 3*, 103-124.

# TROUBLE DES CONDUITES

## TABLE DES MATIÈRES


Trouble des conduites....148
Caractéristiques....150
Début du trouble....151
- Type débutant pendant l'enfance....151
- Type débutant pendant l'adolescence....151

Causes....152
- Facteurs génétiques....152
- Facteurs environnementaux....152

Traitements médicaux et cliniques....153
- Psychothérapie....155
- Thérapie comportementale....155
- Médicaments....156

Stratégies de l'école....157
- Personnel administratif....157
- Tout le personnel....158
- Parents....161
- Stratégies en classe....163
  - Organisez votre classe soigneusement....163
  - Organisez votre horaire et vos stratégies d'enseignement avec soin....164
  - Créez une classe accueillante....165
  - Élaborez un plan de discipline et de responsabilité en classe....166
  - Élaborez un plan d'intervention spécialisé (PIP)....168
  - Élaborez un plan de comportement....171
  - Autres élèves....174

Bibliographie....176
- Sites Internet....176
- Livres et revues....176

## TROUBLE DES CONDUITES

Le trouble des conduites est caractérisé par un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel la personne enfreint les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge de la personne.[1] La perturbation du comportement entraîne une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Les comportements caractéristiques se produisent habituellement dans des contextes variés : à l'école, à la maison ou à l'extérieur. Généralement, le trouble des conduites implique des comportements graves qui obligent les agences de maintien de l'ordre public à intervenir. Le comportement du trouble des conduites est semblable à celui du trouble oppositionnel avec provocation, bien qu'il soit de nature plus grave.

La gravité du trouble des conduites varie. Ainsi, le trouble peut être léger, moyen ou sévère.[2]

*Léger* – Il n'existe que peu ou pas de problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic; de plus, les problèmes de conduite n'occasionnent pas de mal à autrui; par exemple, l'enfant peut mentir, faire l'école buissonnière, rester dehors la nuit en dépit des interdictions de ses parents.

*Moyen* – Le nombre de problèmes de conduites, ainsi que leurs effets sur autrui, sont intermédiaires entre « léger » et « sévère »; par exemple, l'enfant peut voler des objets sans affronter la victime, commettre des actes de vandalisme.

*Sévère* – Il existe de nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic; ou bien, les problèmes de conduite occasionnent un dommage considérable à autrui; par exemple, l'enfant a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles, a fait preuve de cruauté physique, a utilisé une arme, a commis un vol en affrontant la victime, a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui.

Les élèves présentant un trouble des conduites déclenchent souvent l'hostilité ou réagissent agressivement envers les autres. Ils manifestent peu d'empathie et peu de sollicitude pour les sentiments, les désirs et le bien-être d'autrui. Souvent, ces élèves n'ont pas une bonne estime de soi. Ils peuvent venir de milieux familiaux instables et peuvent être affligés par d'autres problèmes, comme la

---

[1] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4[e] édition) (p. 102), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

[2] Ibid., p. 104

dépression, des troubles des apprentissages et des troubles liés à la consommation d'une substance.

Puisque ces élèves ont de la difficulté avec les autorités et qu'ils ne font pas facilement confiance aux gens, il peut être difficile de travailler avec eux. Il est important que des interventions et des traitements adéquats soient mis en œuvre. Souvent, les gardiens, les enseignants et les membres de la communauté retirent de la frustration de leurs contacts avec les élèves présentant un trouble des conduites. Il faut énormément de patience et d'attention pour travailler avec ces élèves. Les progrès sont lents. Les élèves présentant un trouble des conduites doivent évoluer dans un milieu très structuré et empreint de routines afin de fonctionner efficacement.

Il existe une corrélation entre le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation. En général, les élèves présentant un trouble des conduites affichent des formes plus graves de comportements chroniques que les élèves présentant un trouble oppositionnel avec provocation.

Nombreux sont les jeunes enfants présentant un trouble oppositionnel avec provocation qui finissent par développer un trouble des conduites. Une étude a permis de constater que presque tous les jeunes recommandés par une clinique et qui présentaient les premiers signes d'un trouble des conduites pendant l'enfance avaient conservé des symptômes du trouble oppositionnel avec provocation ayant surgi plus tôt. (Lahey et al., 1992) Il arrive rarement que le trouble des conduites soit diagnostiqué avant l'âge de six ans.[3]

Pour justifier le diagnostic du trouble des conduites, trois comportements caractéristiques (ou plus) doivent avoir été présents au cours des 12 derniers mois, et au moins un au cours des six derniers mois.

Ces critères relèvent de quatre catégories :

- agressions envers des personnes ou des animaux;
- destruction de biens matériels;
- fraude ou vol;
- violations graves de règles établies.[4]

---

[3] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4ᵉ édition), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

[4] Ibid., p. 102.

## CARACTÉRISTIQUES

Les élèves présentant un trouble des conduites affichent de nombreux comportements antisociaux. Ils ont souvent des démêlés avec la justice et ressentent peu de culpabilité ou de remords pour leurs actes. Ces comportements sont plus graves que s'il s'agissait d'enfantillages ou d'une révolte d'adolescent. Les comportements caractéristiques doivent être présents pendant au moins six mois pour donner lieu à un diagnostic de trouble des conduites. Lorsque l'élève vieillit, le comportement s'aggrave, quoi qu'un grand nombre des caractéristiques suivantes puissent être décelées chez les enfants dès l'âge de six ans.

Les comportements agressifs prennent les formes suivantes[5] :

- rudoyer, intimider et menacer les autres;
- se battre fréquemment;
- utiliser des armes pouvant blesser sérieusement; ex. : bâton, roche, bouteille, couteau et arme à feu;
- être cruel envers les personnes et les animaux.

La fraude et le vol peuvent prendre les formes suivantes :

- voler les objets d'autrui, tels que des bicyclettes, des repas, de l'argent et des jouets;
- ne pas tenir ses promesses;
- mentir pour échapper à des punitions;
- tricher dans les jeux et les travaux scolaires;
- faire porter à autrui la responsabilité de son mauvais comportement;
- faire des vols à l'étalage;
- fabriquer des faux documents;
- mentir pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour éviter des obligations, en arnaquant les autres par exemple;
- absence de remords ou de sentiment de culpabilité.

Les violations graves de règles établies prennent les formes suivantes :

- faire la fête tard en soirée malgré l'interdiction des parents avant l'âge de 13 ans;
- faire l'école buissonnière avant 13 ans;
- fumer, boire, consommer des drogues illégales, avoir des relations sexuelles, prendre des risques inutiles;
- détruire délibérement les biens publics;
- commettre des vols en affrontant la victime (par exemple, en agressant, en volant un sac à main, en extorquant de l'argent, en faisant des vols à main armée);

[5] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4[e] édition), (p. 102), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

- contraindre quelqu'un à avoir des relations sexuelles;
- faire une fugue pendant au moins une nuit alors qu'il vit avec ses parents;
- faire des vols à main armée.

La dégradation significative du fonctionnement social et scolaire prend les formes suivantes :
- le refus de collaborer;
- l'immaturité sociale;
- une faible estime de soi, tout en jouant au fier-à-bras;
- des échecs sur les bulletins scolaires;
- le manque de respect envers les règlements à la maison et à l'école;
- un rendement scolaire inférieur à son année scolaire;
- de fréquentes ou de nombreuses suspensions ou expulsions de l'école;
- une faiblesse du point de vue des habiletés sociales et d'autogestion de base.

## DÉBUT DU TROUBLE

Le trouble des conduites compte deux sous-types, soit le type débutant pendant l'enfance et le type débutant pendant l'adolescence.

### Type débutant pendant l'enfance

Ce sous-type se définit par l'apparition d'au moins un critère diagnostique du trouble des conduites avant l'âge de dix ans, tels qu'énumérés à la page précédente. Ces enfants sont souvent agressifs physiquement et ont de mauvaises relations avec leurs pairs. Ils peuvent avoir présenté pendant leur petite enfance un trouble oppositionnel avec provocation et ont habituellement tous les symptômes du trouble des conduites précédant la puberté.[6]

### Type débutant pendant l'adolescence

Ce sous-type se définit par l'absence de tout critère caractéristique du trouble des conduites avant l'âge de dix ans. Les antécédents de ces élèves sont normaux, aucun comportement caractéristique des troubles de conduite ne s'étant manifesté pendant la petite enfance. Ces élèves ont moins de risques d'avoir un trouble des conduites persistant à l'âge adulte et semblent avoir de meilleures perspectives d'avenir.

---

[6] Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4$^{e}$ édition) (p. 103), de l'American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, American Psychiatric Association.

## CAUSES

Ce trouble semble attribuable à plusieurs facteurs. Les chercheurs poursuivent leurs travaux portant sur les causes génétiques et environnementales susceptibles de contribuer au développement du trouble des conduites chez les enfants et les adolescents.

### Facteurs génétiques

Les enfants peuvent hériter d'une vulnérabilité à développer ce trouble. Selon les recherches effectuées, il semble exister un lien génétique. Les enfants dont les parents présentent des comportements antisociaux ont tendance à développer les mêmes problèmes. Des études laissent croire que l'hérédité exerce probablement une influence sur certains traits de personnalité, comme le fait de prendre des risques. Cependant, en général, les facteurs génétiques ne suffisent pas à justifier un trouble des conduites. D'autres éléments, tels que le trouble du déficit de l'attention et un milieu familial instable, jouent un rôle dans les mauvais comportements des élèves présentant le trouble des conduites.

Bien des élèves présentant un trouble des conduites sont aux prises avec d'autres troubles. Le trouble des conduites peut notamment être associé au syndrome d'alcoolisme fœtal, au trouble lié à une substance et au trouble du déficit de l'attention. Non seulement ces troubles nuisent aux relations qu'entretiennent ces élèves avec leurs pairs et les membres de leur famille, mais également à leur réussite scolaire.

Le trouble des conduites peut constituer un mécanisme de défense contre l'anxiété. Lorsqu'un élève a de la difficulté à s'adapter à son milieu scolaire, par exemple, et qu'il accuse du retard par rapport aux autres élèves, il lui est peut-être plus facile de faire des scènes et de se faire retirer de la classe, plutôt que de rester en classe et de participer. Selon l'American Psychiatric Association, après la naissance de l'enfant, la formation des liens affectifs avec les parents peut avoir été négligée en raison de la dépendance aux drogues ou à l'alcool.

### Facteurs environnementaux

Selon certaines théories, ces élèves essaient de faire face à des milieux hostiles ou instables, à une éducation incohérente à la maison, ou encore, ils tentent de se tailler un état social vis-à-vis de leurs pairs. Les situations stressantes vécues par la famille, comme le divorce et la violence au foyer, peuvent également constituer des facteurs. Les enfants qui évoluent dans des milieux caractérisés par des règles incohérentes, une discipline très dure, la pauvreté, la négligence, les agressions sexuelles ou physiques et le

manque de supervision, ou encore les enfants qui fréquentent des bandes de délinquants sont plus susceptibles de présenter un trouble des conduites. Les enfants qui observent les autres en train d'être récompensés pour de mauvais comportements peuvent imiter ces comportements. L'imitation des mauvais comportements peut empêcher l'acquisition d'attitudes et de comportements prosociaux positifs. Remarquons que chez les enfants, la consommation abusive de drogues ou d'alcool a tendance à être une conséquence du trouble des conduites, et non pas une cause.

Souvent, les enfants et les adolescents présentant les troubles des conduites les plus graves et les plus violents souffrent de troubles mentaux, ont des lésions cérébrales, sont épileptiques ou ont subi des traumatismes crâniens. Ces élèves présentent donc un danger pour eux-mêmes et pour la société. Ils comprennent difficilement les relations de cause à effet en raison de leurs lésions cérébrales. Par conséquent, ils ont une compréhension limitée de la loi, ce qui les rend susceptibles de faire de fréquentes infractions. Ils nécessitent donc une supervision constante.

Quelles que soient les causes du trouble, il n'en reste pas moins que ces enfants sont difficiles à élever et à instruire. Souvent, les personnes qui en prennent soin éprouvent beaucoup de difficulté à les maîtriser, voire à leur plaire. Par ailleurs, il arrive souvent que les enseignants aient de la difficulté à instruire ces enfants, tant sur le plan scolaire que social. Il faut donc recourir à des traitements variés pour aider non seulement l'élève à surmonter ce trouble, mais également toutes les personnes qui l'entourent.

## Traitements médicaux et cliniques

Seuls des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale peuvent poser des diagnostics de trouble des conduites. Par contre, les enseignants peuvent prêter main-forte en montant un dossier précis et en prenant des notes à partir de leurs observations, des interactions de l'élève ainsi que des signes de croissance chez l'élève, de rendement et de comportement. Les renseignements que nous donnons ici à propos des traitements médicaux et cliniques ont seulement pour but de sensibiliser les enseignants à ces troubles et à faire en sorte qu'ils connaissent mieux les thérapies auxquelles les élèves ayant des troubles émotionnels ou des maladies mentales peuvent avoir accès à l'extérieur de l'école. Toutes les thérapies médicales et cliniques doivent être administrées et surveillées par des professionnels qualifiés et spécialisés en santé mentale.

Le trouble des conduites est l'un des troubles les plus difficiles à traiter. En général, l'intervention dont les élèves bénéficient le plus recèle une vaste gamme de stratégies, comme la psychothérapie, la thérapie comportementale et, dans certains cas, les médicaments. Puisque le traitement est difficile, il présente souvent une source de défi aux personnes qui travaillent avec les élèves ayant un trouble des conduites.

Chez les enfants dont le trouble des conduites débute pendant l'adolescence, les comportements de délinquance peuvent s'estomper naturellement avec le temps. Par contre, dans le cas des enfants dont le trouble des conduites débute pendant l'enfance, les comportements caractéristiques de ce trouble sont plus susceptibles de perdurer à l'âge adulte. Par ailleurs, le traitement des enfants qui consomment de la drogue ou de l'alcool s'avère plus difficile.[7] Pour donner lieu à un traitement réussi, il faut, en partie, que le diagnostic soit porté rapidement et que certains facteurs qui contribuent au trouble soient réglés, comme le milieu familial instable. Le traitement se fait à long terme, surtout si le milieu familial est loin d'être idéal. Il arrive parfois que l'école soit le seul havre de sécurité et de cohérence auquel ces élèves ont accès. À l'école, les règles sont cohérentes et justes. Non seulement l'élève connaît-il les conséquences de ses mauvais comportements, mais ses bons comportements sont également récompensés. Lorsqu'on fait affaire à des élèves présentant un trouble des conduites, c'est le travail d'équipe qui donne les meilleurs résultats. C'est là que les efforts collectifs de la famille, de la communauté et des professionnels de la santé mentale entrent en jeu.

Cela comprend :

- la sensibilisation à propos du trouble;
- la thérapie individuelle et la thérapie familiale;
- la formation des parents;
- la formation en aptitudes sociales;
- la modification du comportement;
- un programme d'orthopédagogie;
- le counselling concernant l'abus des substances;
- un programme de traitement en établissement ou de traitement de jour;
- l'incitation à continuer de fréquenter l'école.

Il incombe aux parents de décider s'ils communiqueront les renseignements qui concernent leur enfant au personnel de l'école. Cependant, il faut les inciter à le faire afin de favoriser le travail

---

[7] Tiré de [http://ahe.pmhab.ab.ca/-foren/turningpoint/conduct.htm].

d'équipe et de permettre à leur enfant d'avoir droit au meilleur milieu d'apprentissage possible.

### Psychothérapie

Le traitement des élèves présentant un trouble des conduites prête à controverse. Selon certaines autorités, la psychothérapie ne porte fruits que lorsqu'il existe un trouble psychiatrique sous-jacent, comme la dépression. Par ailleurs, ces élèves ont de la difficulté à se soumettre à un traitement et ils peuvent mal tolérer l'intensité de la thérapie individuelle. La thérapie doit notamment aider les personnes présentant un trouble des conduites à mieux comprendre leurs comportements et à en assumer la responsabilité. En général, la thérapie vise à aider la jeune personne à faire des liens entre le comportement, les sentiments et les relations.

Selon certaines études, la psychothérapie d'appoint, qui consiste à rassurer, encourager et conseiller la personne, comporte des avantages à long terme lorsque la thérapie met l'accent sur les aspects pratiques tels que les besoins professionnels et les aptitudes à la vie quotidienne.

Par ailleurs, grâce à la thérapie familiale, il est possible d'enseigner des habiletés de résolution de problèmes, tant aux parents qu'aux élèves, d'encourager les parents à reconnaître et à récompenser les bons comportements et de les aider à établir et à mettre en vigueur des limites raisonnables. Souvent, des éléments importants de cette thérapie consistent à aider les familles à apprendre comment négocier et comment faire des compromis.

Pour sa part, la thérapie de groupe favorise l'analyse des sentiments et de l'autorégulation par rapport au comportement. Elle peut aider les élèves à acquérir des aptitudes sociales ainsi qu'à développer leur estime de soi et la confiance en eux-mêmes.

### Thérapie comportementale

La thérapie comportementale est une approche qui a recours au renforcement et aux conséquences pour modifier les comportements. Par exemple, ils ont mis à l'essai l'usage de jetons et d'autres récompenses pour favoriser un bon comportement en classe. Cette expérience a donné des résultats variables. Les récompenses semblaient porter fruits pendant que le programme était en vigueur, ce qui se traduisait par un bon comportement. Par contre, dès que le programme prenait fin, le comportement se détériorait. La modification du comportement est utile lorsque vient le temps de changer certaines mauvaises habitudes

particulières, mais puisque ses effets ne sont pas généralisés, elle a une valeur restreinte dans le cas des élèves affichant toute une série de comportements inadéquats.

Les élèves présentant un trouble des conduites éprouvent de la difficulté à internaliser les règles et à les transférer d'un milieu à un autre. Par conséquent, les enseignants peuvent déceler une différence entre la façon dont ces élèves s'entendent avec les autres à l'école et à la maison.

Ces élèves donnent leurs meilleurs résultats lorsqu'ils évoluent dans un milieu prévisible et cohérent. Grâce à des milieux stables et prévisibles, les élèves présentant un trouble des conduites disposent d'assez de temps pour réfléchir et ils augmentent leurs risques et leurs possibilités de faire des choix positifs. À la maison et dans la communauté, il est plus difficile d'établir et de maintenir un milieu aussi bien structuré. Par conséquent, les élèves n'y font peut-être pas les mêmes bons choix qu'ils feraient à l'école. Le contraire se produit également, car des élèves peuvent avoir plus de difficultés à l'école qu'à la maison.

Au bout du compte, les élèves présentant un trouble des conduites doivent être en mesure de s'autogérer. Cela signifie qu'ils doivent se fixer des objectifs personnels, déterminer les situations et les éléments déclencheurs qui intensifient leur anxiété personnelle, parler de leurs sentiments au lieu d'y « donner suite », préparer et maintenir un horaire quotidien prévisible, acquérir des aptitudes sociales et des habiletés en communication, et établir des niveaux de comportement acceptables.

### Médicaments

Généralement, la prescription de médicaments n'est pas indiquée, à moins que l'élève ne souffre d'autres troubles, tels que le trouble de déficit de l'attention, la dépression ou la schizophrénie. Si l'élève prend des médicaments, l'enseignant peut s'enquérir, auprès des parents ou du médecin (moyennant consentement), des caractéristiques et des effets secondaires des médicaments en question. Remarquons que la thérapie par les médicaments ne devrait pas remplacer d'autres traitements ou ne devrait pas permettre à l'élève de se défaire de la responsabilité de ses propres actes.

## Stratégies de l'école

Lorsqu'il faut déterminer les stratégies devant être adoptées à l'école pour faire face aux élèves présentant un trouble des conduites, il faut tenir compte du fait qu'il existe une grande corrélation entre le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. Bien que le trouble des conduites soit de nature plus grave, les stratégies visant à maîtriser les mauvais comportements à l'école sont les mêmes.

Sur le plan scolaire, l'épanouissement des élèves présentant un trouble des conduites se concrétise surtout grâce au travail d'équipe. Le soutien et la collaboration des familles, des professionnels de la santé ne relevant pas de l'école et des organismes communautaires qui travaillent avec l'élève sont essentiels. À l'école, le personnel administratif, les enseignants et le personnel de soutien doivent travailler de concert afin que tous comprennent bien la situation des élèves présentant un trouble des conduites et afin que leurs actes soient cohérents. La planification, la communication, le travail d'équipe et la cohérence sont les clés de voûte de la réussite. Les stratégies et les suggestions dont il est question ci-dessous favorisent la création du meilleur milieu d'apprentissage possible pour les élèves présentant un trouble des conduites.

### Personnel administratif

- En matière de comportement des élèves, établissez des attentes pour tous les élèves de l'école.
- Aidez les enseignants à élaborer des plans de discipline et de responsabilité pour leurs classes.
- Élaborez des stratégies et des méthodes de pré-recommandation afin de donner lieu à un diagnostic et à une intervention rapides sur le plan du comportement.
- Affectez un membre du personnel à la coordination de ce processus, c'est-à-dire sur les plans suivants : l'accès aux ressources et aux services, la communication avec les parents, l'amélioration de la collaboration entre les divers organismes concernés, la surveillance des progrès et la facilitation du travail en équipe.
- Soyez proactif avec les parents et les élèves. Organisez-vous pour discuter de la programmation et de l'intervention avant le premier jour de classe. Mentionnez clairement ce qui peut être fait à l'école pour venir en aide à l'élève présentant un trouble des conduites. Soyez sensible aux attentes en matière de soutien à la maison et soyez prêt à faire des compromis.

- Donnez suffisamment de temps au personnel pour préparer un plan d'intervention personnalisé (PIP) et un plan de comportement.
- Obtenez la permission des parents pour avoir le droit de communiquer avec les autres professionnels qui travaillent avec l'élève : son médecin de famille, son psychiatre, son psychologue.
- Faites en sorte que les enseignants aient l'occasion de rencontrer l'élève seul pour discuter de son comportement, faire des plans ou des contrats et formuler des commentaires constructifs sur son comportement.
- Il est important que les enseignants soient entièrement au courant de tous les comportements et de toutes les interventions qui ont lieu ailleurs qu'en classe. Élaborez des marches à suivre pour que le personnel de l'école puisse communiquer et consigner les problèmes qui surgissent ailleurs qu'en classe afin que des mesures disciplinaires cohérentes puissent être maintenues. Prenez le temps d'analyser les crises qui font surface pendant la journée, même si elles n'ont pas lieu en classe. Par exemple, s'il y a une altercation sur le terrain de l'école, l'enseignant doit être mis au courant de la situation.
- Faites en sorte que les élèves aient l'occasion de travailler dans divers milieux (à la bibliothèque, par exemple), lorsque des difficultés surgissent pendant les périodes non structurées, telles que la récréation ou l'heure du midi.
- Faites en sorte que les mesures de soutien nécessaires (l'espace, le personnel et le temps) existent pour permettre la mise en œuvre des plans de comportement.
- Assurez-vous que le personnel a suivi la formation nécessaire portant sur les stratégies axées sur la collaboration et la modification du comportement, selon les besoins.

### Tout le personnel

- La compréhension est de mise. Tous les membres du personnel qui travaillent avec l'élève devraient bien connaître le trouble et ses caractéristiques.
- Rappelez-vous que le comportement négatif n'est pas de nature personnelle!
- Soyez au courant du plan d'intervention personnalisé et du plan de comportement de l'élève. Au besoin, prenez part à l'élaboration de ces plans. Il est particulièrement important que le

personnel connaisse les méthodes particulières pour faire face à un comportement agressif et oppositionnel.

- Soyez cohérent. Le personnel de l'école doit être au courant des stratégies et les mettre en application. Les interventions et les conséquences (des comportements positifs et négatifs) doivent être uniformes et être appliquées sans tarder. Les comportements positifs doivent être renforcés souvent. Les comportements négatifs doivent être suivis de conséquences naturelles énoncées clairement, appliquées de manière cohérente et immédiate.
- Le personnel qui travaille avec l'élève doit connaître les techniques non violentes d'intervention en cas de crise. Dans certains cas, une intervention physique s'impose pour assurer la sécurité de l'élève et celle des autres. (Des cours sont donnés à ce sujet. Renseignez-vous auprès de votre conseil scolaire.)
- Soulignez chaque petite étape d'apprentissage, car l'élève peut accuser du retard sur le plan scolaire.
- Parlez à ces élèves de leur comportement en privé et non pas en face d'autres personnes afin de ne pas les mettre dans l'embarras. Les corrections faites en public et l'embarras qui en résulte auront pour effet d'aggraver le comportement oppositionnel.
- Ayez le sens de l'humour, surtout avec les élèves plus âgés (mais ne soyez pas sarcastique).
- Recourez, de façon individuelle, souvent à des stratégies axées sur la rétroaction, de signaux, de guidage et le repérage.
- Soyez calme et ne montrez pas vos émotions. Si vous criez, proférez des menaces et le culpabilisez, cela aura seulement pour effet de le rendre moins docile et d'aggraver son comportement oppositionnel.
- Soyez conscient de vos propres éléments déclencheurs afin de ne pas être attiré dans un modèle d'interaction négative.

Lorsque vous demandez à l'élève d'obéir, les stratégies suivantes peuvent augmenter vos chances de réussite. Il est particulièrement important de lui donner des choix.

- Vos demandes devraient dire « commence » et non pas « arrête ». Aussi, les demandes disant « fais » sont plus désirables que celles disant « ne fais pas ».
- Faites preuve de politesse. Par exemple : « S'il te plaît, pourrais-tu commencer ton travail? » et non pas « N'est-ce pas le temps de commencer ton travail? ».

- Dans la mesure du possible, offrez-lui des choix : « Préfères-tu travailler à ton pupitre ou à la table? ».
- Afin d'éviter les malentendus, décrivez le comportement désiré de manière claire et précise. Évitez les discussions ou les débats portant sur le comportement.
- Faites une seule demande à la fois.
- Faites vos demandes d'une voix douce, en vous approchant de l'élève et en le regardant dans les yeux.
- Avant de faire vos demandes, vous serez peut-être obligé de dire à l'élève de vous regarder. Par exemple : « Simon, je te prie de me regarder dans les yeux. Maintenant, je veux que tu… » (*Avertissement* : Pour certaines cultures et certains groupes ethniques, comme les cultures autochtones, le fait de regarder quelqu'un dans les yeux peut être considéré comme un manque de respect.)

Donnez de cinq à dix secondes à l'élève pour réagir. Cette durée peut varier en fonction de la situation ou de l'élève. Lorsque les émotions sont fortes, il faut que la personne dispose de plus de temps pour s'approprier l'information et changer de comportement.

Si l'élève n'obéit pas, vous pouvez procéder de la manière qui suit.

- Répétez la question ou faites une nouvelle demande au besoin. Énoncez clairement à l'élève les choix dont il dispose et les conséquences qui peuvent en découler. Les conséquences doivent être planifiées à l'avance. Elles portent surtout fruits si elles sont indiquées dans le plan de comportement que doit suivre tout le personnel de manière uniforme. Lorsqu'on donne à l'élève des choix et qu'il a le temps de les faire, la situation se désenvenime et cela réduit la possibilité d'un conflit de pouvoirs.
- Réitérez votre demande. Ensuite, mettez en pratique les conséquences planifiées, que ces conséquences fassent partie du plan de discipline et de responsabilité de la classe ou d'un plan de comportement particulier pour l'élève en question. Plus la demande sera faite souvent, moins l'élève sera susceptible de s'y conformer.

162

## Parents

Les parents qui ont des enfants présentant un trouble des conduites peuvent dire de leurs enfants qu'ils commettent des actes destructeurs, intentionnels, provocateurs et (ou) agressifs. Ces enfants ne possèdent pas d'aptitudes sociales, ils ont de mauvaises fréquentations, mauvaises personnes et leur apprentissage se fait difficilement à l'école. Il est important que toutes les personnes concernées par la situation travaillent de concert. Les personnes qui s'occupent d'enfants présentant un trouble des conduites sont la cible de stress, surtout si les conflits sont fréquents. Les parents qui vivent avec des enfants présentant un trouble des conduites peuvent éprouver de nombreux sentiments troublants et contradictoires, allant de l'amour à la colère, en passant par l'anxiété, l'affliction, la culpabilité, la peur et la dépression. Ces sentiments ne sont pas inhabituels et parfois, les parents qui font part de ces sentiments aux enseignants et à des groupes de soutien se sentent appaisés. Les parents d'enfants présentant un trouble des conduites ont besoin de soutien, d'aide, de patience, d'énergie et de détermination pour rester positifs avec leurs enfants.

Voici des manières de soutenir les parents d'enfants présentant un trouble des conduites.

- Incitez ces parents à se familiariser avec divers programmes d'école pour qu'ils en trouvent un qui réponde mieux aux besoins de leur enfant.
- Encouragez ces parents à faire en sorte que leur enfant visite son école avant le premier jour de classe.
- Incitez ces parents à jouer un rôle important dans la planification destinée à leur enfant. Par exemple, ils peuvent participer à l'élaboration du plan d'intervention personnalisé (PIP) et (ou) du plan de comportement de leur enfant.
- Encouragez les parents à rencontrer le personnel de l'école pour se familiariser avec les politiques, les méthodes et les attentes du programme relatives au comportement. Il est important que les parents comprennent les conséquences des mauvais comportements ainsi que les attentes de l'école à l'égard de leur rôle. Par exemple, passer à l'école pour aller chercher leur enfant ou prendre des dispositions pour que quelqu'un d'autre aille le chercher si l'enfant doit être renvoyé à la maison. Il est important que le personnel de l'école soit sensible aux besoins personnels, aux ressources, aux valeurs, aux attentes et à la culture des familles, et qu'il soit prêt à faire des compromis et des modifications en fonction des circonstances de chaque famille.

- Facilitez la communication entre la maison et l'école en préparant un journal de bord. Expliquez que cette forme de communication est importante au travail en équipe et permet à l'enfant de mieux maîtriser son comportement. Encouragez-les donc à participer. La communication sera plus efficace si une personne à l'école s'occupe du journal de bord.
- Incitez les parents à communiquer avec l'école s'ils ne sont pas certains de ce que leur enfant leur raconte. Accueillez toujours bien les appels des parents et faites-vous un plaisir d'éclaircir des malentendus.
- Expliquez aux parents qu'il est important qu'ils appuient le programme de l'école. Encouragez les parents à dire à leur enfant qu'ils sont en faveur du programme de l'école. Encore une fois, le travail d'équipe et la confiance entre la maison et l'école sont un gage de réussite.
- Aidez les parents à élaborer un programme d'encouragement à la maison, en prenant soin de faire ressortir les attentes et les récompenses, et en orientant les efforts dans le même sens que ceux de l'école.
- Aidez les parents à créer un milieu familial structuré, cohérent et prévisible, doté de règles et d'attentes. Cette structure rehausse le programme en vigueur à l'école et amenuise les possibilités de provocation, de désobéissance et d'agression à la maison. N'oubliez pas de respecter la culture et les valeurs de chaque famille.
- Encouragez les parents à bien écouter et à prendre des notes sur lesquelles ils pourront revenir plus tard ou qu'ils pourront communiquer aux professionnels.
- Faites en sorte que les parents apprennent à connaître les intérêts de leurs enfants et à organiser des activités qu'ils peuvent aimer faire ensemble.
- Encouragez les parents à essayer de faire en sorte d'empêcher certains des mauvais comportements de leur enfant de se produire à la maison. Demandez-leur d'écrire ce qui s'est produit avant et après un mauvais comportement. Y a-t-il des tendances constantes? Peuvent-ils comprendre ce qui a provoqué le mauvais comportement? Y a-t-il des moyens de changer la situation pour prévenir ou décourager ce mauvais comportement?

- Incitez les parents à en apprendre le plus possible au sujet de ce trouble en :
  - s'adressant aux professionnels de la santé mentale ou des services sociaux qui se spécialisent dans ce trouble;
  - se procurant de l'information précise sur le trouble auprès des bibliothèques, de lignes de dépannage et d'autres sources;
  - établissant des liens avec les organismes communautaires pertinents;
  - leur prêtant des ressources.
- Encouragez les parents à bien respecter les traitements médicaux et cliniques (en administrant régulièrement les médicaments prescrits à leur enfant).

## Stratégies en classe

La programmation destinée aux élèves présentant un trouble des conduites doit être planifiée et uniforme. Les principaux éléments de cette programmation ont trait à l'atmosphère et à l'organisation de la classe ainsi qu'au plan de discipline et de responsabilité de la classe. La planification doit se faire à long terme au moyen d'un plan d'intervention personnalisé et de plans de comportements spécifiques dans le but de faire face aux comportements très perturbateurs.

### Organisez votre classe soigneusement

- L'emplacement physique de l'élève présentant un trouble des conduites doit être choisi avec soin. Par exemple, vous devez tenir compte des personnes qui s'assoiront à côté de cet élève, des distractions physiques, de la place qu'il a pour bouger et de sa proximité à l'enseignant. Il est important de ne pas choisir un endroit qui isole l'élève, car cela pourrait le rendre moins apte à avoir des interactions positives avec les autres élèves.
- Facilitez-lui la circulation en classe. Autrement dit, l'élève ne devrait pas être obligé de marcher par-dessus des objets ou entre des personnes.
- Tenez compte de l'espace nécessaire pour répondre aux besoins de l'élève et aux conséquences planifiées (par exemple, un coin tranquille pour travailler, une chaise pour réfléchir).
- Considérez la disposition des pupitres de manière à faciliter l'apprentissage et à minimiser les problèmes de comportement. Lorsque les pupitres sont disposés de manière à favoriser la maîtrise efficace du comportement, l'enseignant peut se déplacer facilement et rapidement, tout en ayant accès à tous les

élèves. Il peut ainsi réagir de manière cohérente et immédiate aux interactions positives et aux mauvais comportements. Quand les pupitres sont placés en rangées, l'enseignant peut s'approcher de chaque élève facilement, attirer l'attention des élèves et les ramener à la tâche au besoin. Cependant, cette disposition ne permet pas nécessairement aux élèves de travailler si bien ensemble. Lorsque les pupitres sont groupés, l'interaction entre les élèves et l'apprentissage coopératif est rehaussée, mais l'enseignant a parfois plus de difficulté à retenir l'attention des élèves pendant qu'il leur donne les consignes et leur enseigne. À ce sujet, veuillez consulter *The Teacher's Encyclopedia of Behaviour Management: 100 Problems/500 Plans*, de R.S. Sprick et L.M. Howard, pages 28–29.

**Organisez votre horaire et vos stratégies d'enseignement avec soin**

- Établissez des routines et des attentes claires pour les périodes de transition.
- Annoncez les transitions d'avance pour que les élèves puissent se préparer au changement.
- Avant d'entreprendre des activités qui posent des problèmes à un élève particulier, encouragez-le et soyez positif. Par exemple, vous pourriez lui dire : « Ce sera la période de sport dans dix minutes. Que devras-tu faire pour avoir un bon cours? » Après le cours, assurez un suivi et complimentez-le sur son bon comportement.
- Planifiez des segments d'enseignement courts et fréquents, assortis d'une variété de tâches.
- Pendant les cours, donnez une orientation claire et offrez de la variété.
- Afin d'atténuer les causes susceptibles d'aggraver le comportement négatif d'un élève, des changements s'imposent parfois; par exemple, il peut s'agir de la fatigue, de la faim, de longues périodes d'immobilité ou d'une difficulté à se concentrer.
- Faites en sorte que les choix soient le plus structurés possible. Par exemple, les programmes d'ateliers de lecture et de rédaction portent souvent fruits dans les cours de langue.

Pour obtenir de plus amples renseignements, reportez-vous à la publication *Enseigner en tenant compte des différences chez les élèves*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Education, page TSD.43.

**Créez une classe accueillante**
Pour tous les élèves, notamment ceux présentant un trouble des conduites, il est important que la classe donne l'impression d'être sécuritaire, accueillante et conviviale.

En tant qu'enseignant, vous devez :
- croire que vous exercez une influence sur la vie des élèves et que tous les élèves apprennent quelque chose dans votre classe;
- faire preuve de respect envers les élèves;
- bien écouter;
- savoir que l'aspect affectif que l'on retire de la classe joue un grand rôle;
- éviter d'isoler l'élève présentant un trouble des conduites du reste de la classe;
- garder un ton positif; l'humour donne de bons résultats, mais le sarcasme blesse;
- faire en sorte que les suggestions visant une amélioration soient constructives et spécifiques;
- éviter de trop généraliser en employant des mots comme « toujours » et « jamais »;
- lorsque vous voulez que l'élève améliore son travail scolaire ou son comportement, formuler des commentaires précis expliquant quand, où, comment et pourquoi;
- être à l'écoute des préoccupations des élèves et leur faire savoir que vous êtes à leur disposition pour en discuter;
- envoyer un bulletin d'information régulier à la maison, dans lequel vous informez les parents des thèmes actuels, du contenu du programme, des attentes en matière de comportement et de réussites scolaires;
- observer la classe souvent pour surveiller les comportements, surtout les bons comportements à renforcer;
- superviser la classe régulièrement en faisant des interventions subtiles, comme en vous approchant de l'élève ou en le regardant dans les yeux. La proximité vous donne également l'occasion de récompenser les bons comportements en faisant un signe de la tête, un sourire ou en plaçant votre main sur les épaules de l'élève;
- établir des routines ou des rituels qui sont propices à l'apprentissage. « Les rituels, ce sont des activités répétées en classe qui suscitent une émotion désirée ou une attitude chez l'apprenant et qui communiquent ce qui suit : "Qu'est-ce qui est important ici?". La manière dont les enseignants traitent les devoirs, les notes, l'assiduité, la discipline, les questions et l'humour sont des exemples de rituels. »[8]

---

[8] Tiré de *Classroom rituals for at-risk learners* (p. 3), de G. Phillips, S. Bareham et M. Chandler (eds.), 1992.

Voici certains exemples :
- accueillez les élèves à la porte;
- au début de l'année scolaire, organisez des activités pour que tous les élèves de la classe apprennent à se connaître;
- faites en sorte que les élèves travaillent ensemble pour établir les règlements de la classe ou les énoncés de mission;
- renforcez les règles en les passant en revue avec les élèves et, au besoin, en leur rappelant à quel point elles fonctionnent bien.

**Élaborez un plan de discipline et de responsabilité en classe**
Le plan de discipline et de responsabilité de la classe présente des lignes directrices et des attentes claires pour tous les élèves. Grâce à ce plan, les élèves sauront quels comportements sont adéquats, lesquels ne le sont pas et les conséquences des comportements inappropriés. Ce plan permet à l'enseignant de réagir de manière cohérente aux comportements de tous les élèves de la classe. Il s'agit d'un point de départ nécessaire pour favoriser la maîtrise efficace du comportement des élèves présentant un trouble des conduites. Les idées présentées ci-dessous ont été adaptées à partir de l'ouvrage *The Teacher's Encyclopedia of Behaviour Management: 100 Problems/500 Plans*, de R.S. Sprick et L.M. Howard.

Communiquez clairement vos attentes en matière de comportement des élèves.

- Recourez aux règles de la classe de manière efficace pour communiquer clairement les attentes à tous les élèves. Les règles sont plus efficaces si :
  - les élèves participent à l'élaboration des règles;
  - leur nombre est restreint;
  - elles sont rédigées de manière positive;
  - elles sont affichées;
  - vous vous y reportez et y faites allusion régulièrement.

Pour en savoir davantage à ce sujet, veuillez consulter la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, page TSD.113.

Mettez l'accent sur les bons comportements et soulignez-les.

- Mieux vaut récompenser les bons comportements que de punir les mauvais comportements. Essayez de surprendre l'élève en train de bien se comporter et offrez un renforcement positif. Par exemple, vous pourriez le complimenter verbalement, approuver son comportement de manière non verbale, lui accorder des privilèges, lui faire faire des activités, en faire part à ses parents et donner une rétroaction écrite à l'élève.
- Les compliments descriptifs aident les élèves à comprendre en quoi leur comportement était bon et augmente les possibilités que le comportement soit repris. Au lieu de lui dire : « Excellent travail », dites-lui : « J'ai remarqué que tu as travaillé seul pendant dix minutes » ou « Lorsque tu as eu besoin de moi, tu as levé la main et tu m'as attendu tranquillement » ou encore, « Lorsque tu as fait la résolution du problème avec Jacques, ce sont tes mots que tu as employés. »
- Dans le cas d'un élève présentant un trouble des conduites, il est particulièrement important de récompenser l'obéissance. Si ces élèves ne sont pas récompensés, leur docilité diminuera. Au début, il est important que le renforcement vienne de l'extérieur. Avec le temps, on espère que le soutien venant de l'extérieur puisse s'amenuiser, car l'élève aura une meilleure maîtrise de soi interne.

Les réactions aux mauvais comportements sont variées. Il est important de cerner le type de mauvais comportement, la conséquence qui s'impose et d'appliquer, de manière cohérente, les conséquences qui sont planifiées pour tous les élèves.

- Lorsqu'un élève ne semble pas savoir que son comportement est inapproprié (par exemple, s'il rit quand ce n'est pas le moment), vous devez le réprimander verbalement et lui donner l'occasion de pratiquer de bons comportements. Vous devez aussi le rappeler à l'ordre et lui donner des instructions favorisant la pratique positive d'un autre comportement.
- Il est justifié d'ignorer des comportements inappropriés qui ne nuisent pas à l'apprentissage des élèves, qui ne sont pas dangereux et qui risqueraient d'être renforcés si vous vous y attardez. Le genre de comportement dont il est question peut prendre les formes suivantes : taper du crayon, dénigrer les autres ou faire des bruits dégoûtants. Par contre, vous devriez accorder de l'attention positive aux comportements souhaitables.
- Pour les comportements inappropriés dont vous ne pouvez pas faire fi, vous devez avoir des conséquences en classe. Il s'agit

de comportements tels que donner un coup à d'autres élèves ou déchirer des papiers. Les conséquences doivent être logiques ou proportionnelles au comportement inapproprié. Par exemple, vous pourriez dire à l'élève de rester en classe pendant la récréation ou après l'école pour refaire son travail, lui imposer une période de réflexion en classe, communiquer avec ses parents, le faire changer de place en classe.

- Dans le cas de comportements très perturbateurs, vous devez prévoir des conséquences à l'extérieur de la classe. Il s'agit ici de comportements sérieux tels que crier des injures, contester constamment, défier l'enseignant ou encore, des comportements agressifs et dangereux. Pour tenter de venir à bout des comportements très perturbateurs qui sont répétés constamment, vous pourriez élaborer un plan de comportement spécifique. Ce genre de plan maximise l'efficacité, la cohérence et la sécurité.
- Si vous voulez atteindre un objectif à court terme pour un élève particulier, vous devriez considérer l'élaboration d'une entente écrite particulière ou d'un contrat de comportement. Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, page TSD.46.

**Élaborez un plan d'intervention personnalisé (PIP)**
Un PIP est un engagement d'intention écrit conclu par une équipe d'enseignants afin que les élèves ayant des besoins spéciaux puissent avoir droit à une programmation pertinente. La raison d'être du PIP consiste à améliorer les résultats des élèves, tant sur le plan scolaire que comportemental. Ce plan est préparé par une équipe composée des parents, des enseignants, du personnel administratif et d'autres professionnels qui s'occupent de l'élève. Le PIP devrait être un document de travail important dans lequel les modifications qui sont apportées à la programmation dans le but de répondre aux besoins des élèves sont mentionnées et les progrès des élèves sont consignés. Chaque élève est unique et par conséquent, les réactions aux diverses stratégies peuvent différer. Le PIP tient compte des points forts de l'élève, de ce qu'il aime, de ce qu'il n'aime pas, de ses intérêts, de ses besoins sur le plan scolaire, social et comportemental ainsi que de ses réactions aux stratégies.

Lorsque les stratégies d'enseignement habituelles ou les lignes directrices en matière de comportement ne permettent pas d'aider

un élève à réussir ou à fonctionner à un niveau approprié pour son âge ou son année scolaire, il y a lieu d'élaborer un PIP. Nombreux sont les élèves présentant un trouble des conduites qui donnent des résultats inférieurs à leur niveau scolaire. Parfois, cela est attribuable à un apprentissage supplémentaire ou à une déficience de l'attention et parfois, aux effets négatifs de leur comportement inapproprié sur leur apprentissage, surtout parce qu'ils manquent des heures de classe.

L'élève présentant un trouble des conduites doit apprendre à se comporter correctement. Le PIP constitue un processus permettant d'identifier les comportements désirés, de planifier des stratégies permettant d'aider l'élève à s'approprier ces comportements et de déterminer quelles personnes seront responsables de la mise en œuvre des stratégies. Afin d'optimiser l'efficacité de ce plan, il faut que les parents, les autres professionnels et les organismes communautaires prêtent main-forte à l'école pour préparer le PIP et le mettre en œuvre. Par exemple, les partenaires de la communauté peuvent jouer un rôle important dans l'enseignement des aptitudes sociales ou de la maîtrise de la colère. La fiche documentaire présentée à la page 12 peut favoriser le travail en équipe visant à satisfaire aux besoins des élèves présentant un trouble des conduites.

L'élaboration des PIP doit être axée sur les points forts de l'élève. Évitez de vous concentrer sur les comportements inappropriés de l'élève. Attardez-vous plutôt aux comportements de remplacement souhaitables. Dites-vous par exemple : « Qu'est-ce que je veux que l'élève fasse à la place? Quelle est la meilleure façon de l'aider à atteindre ces objectifs? »

Les objectifs en matière de comportement doivent faire mention des comportements souhaités. Par exemple, il :

- réagira de manière constructive aux commentaires et aux corrections des adultes (dans le cas d'un élève qui conteste ou fait des accès de colère);
- emploiera les exclamations convenables (dans le cas d'un élève qui a un langage grossier);
- réagira aux taquineries de manière raisonnable pour son âge (dans le cas d'un élève sensible ou agressif);
- se calmera sans faire preuve d'agressivité ou déterminera les situations posant des problèmes et y réagira convenablement (dans le cas d'un élève agressif);
- terminera ses travaux à temps (dans le cas d'un élève qui tarde à commencer ses travaux ou qui ne se concentre pas sur ses tâches);

- travaillera en collaboration avec les autres élèves (dans le cas d'un élève qui rit des autres).

C'est à l'équipe qu'il incombe de déterminer la priorité des objectifs. Même si les besoins sont nombreux, il vaut mieux se concentrer sur quelques besoins pour commencer. Les progrès doivent être surveillés et de nouveaux objectifs doivent être fixés.

Voici des aspects à considérer :

- enseignez-lui des techniques de relaxation, telles que la respiration profonde, car cela peut aider l'élève à maîtriser sa colère;
- montrez-lui quels sont les signes physiques de la colère ou de la détresse, telle la fréquence cardiaque accrue;
- enseignez-lui à s'autosurveiller. L'élève qui observe et tient compte de ce qu'il fait prend davantage conscience du comportement qui pose des problèmes et (ou) de ses améliorations. L'autosurveillance aide les élèves ayant des mauvais comportements qui ne sont pas graves ou de comportements inappropriés habituels, tels que faire des étourderies, se plaindre, ne pas se concentrer sur son travail, faire du travail négligé, mal écouter, porter des commentaires non appropriés ou avoir de mauvaises aptitudes sociales. Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching Students with Learning Disabilities*. Il s'agit du sixième ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, pages LD.212–215.
- Montrez-leur des aptitudes sociales. Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, pages TSD.5-11, 68-77. Vous pouvez aussi consulter la publication *Teaching Students with Learning Disabilities*. Il s'agit du sixième ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Education, pages LD.209–211.
- Enseignez-lui des stratégies d'adaptation pour qu'il puisse faire face à l'anxiété et au stress.

- Montrez-lui comment résoudre les problèmes. Pour en savoir plus à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching Students with Learning Disabilities*. Il s'agit du sixième ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, page LD.215.

Par ailleurs, vous pouvez élaborer un contrat de comportement ou un programme de renforcement structuré, afin de viser un objectif spécifique à court terme relevant d'un but à long terme du PIP. Ce genre de contrat peut aider un élève à prendre davantage conscience du comportement visé. Le contrat devrait faire en sorte que l'élève connaisse un certain succès immédiat. Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, page TSD.46.

Il est important d'inclure un plan de communication entre l'école et la maison. Par exemple, cela pourrait prendre la forme d'un registre de communications qui est envoyé à la maison tous les jours et dans lequel on décrit la journée de l'élève et les devoirs à faire. Il peut y avoir lieu d'établir un système de récompenses et de conséquences afin que l'élève n'oublie pas d'apporter ce registre à la maison, et vice-versa.

Un plan de communication avec les autres professionnels s'occupant de l'élève favorise un travail d'équipe positif.

Il est également important de prendre régulièrement note d'incidents survenus afin de surveiller les changements de comportement, l'efficacité ou l'inefficacité des stratégies ainsi que les interventions et les nouvelles difficultés à surmonter.

**Élaborez un plan de comportement**

L'expression « plan de comportement » se rapporte à une gamme de méthodes officielles et officieuses mises en place en vue de venir à bout des comportements inappropriés. Dans le cas des élèves présentant un trouble des conduites, un plan de comportement officiel peut s'imposer afin de maîtriser les comportements très perturbateurs qui nécessitent des conséquences à l'extérieur de la classe. Ce plan vise à réduire les perturbations en classe. Il doit être utilisé conjointement avec des plans à long terme dans le but d'aider l'élève à acquérir les bons comportements dont le PIP fait mention.

Les mesures et les composantes d'un plan de comportement comprennent ce qui suit :[9]

- recueillez des renseignements de base;
- communiquez avec les parents de l'élève (discutez du problème, organisez un entretien et essayez de résoudre le problème en collaboration);
- rencontrez les membres du personnel concernés afin de concevoir les marches à suivre (tout le monde doit savoir comment réagir);
- déterminez quel est le comportement positif de l'élève, ses comportements inappropriés mais mineurs (qui ne vous empêchent pas d'enseigner) et les mauvais comportements graves (qui vous empêchent d'enseigner);
- établissez des méthodes vous permettant de vous concentrer sur les bons comportements de l'élève et sur ses points forts;
- prévoyez des conséquences en classe pour les comportements inappropriés mais mineurs; par exemple, ignorez l'élève qui tape du crayon; accordez une période de réflexion en classe à l'élève qui donne un coup aux autres; réparez ou remplacez les biens matériels endommagés;
- prévoyez des conséquences à l'extérieur de la classe pour les comportements inappropriés et graves.

Lorsqu'un élève n'obéit pas même si vous lui demandez de cesser un comportement inapproprié et grave, faites en sorte d'avoir des mesures et des méthodes spécifiques convenues à l'avance.

- Donnez à l'élève le choix de se rendre à un endroit précis seul, ou avec une aide (c'est-à-dire avec un accompagnateur). Si l'élève décide d'y aller seul, ce n'est pas toujours une bonne idée.
- Communiquez avec le secrétariat ou avec d'autres membres du personnel afin d'obtenir de l'aide pour retirer l'élève de la classe. Il est important d'avoir un plan de rechange pour avoir l'aide d'un autre adulte. Par exemple, déterminez qui vous aidera si la personne désignée ne se trouve pas à l'école à ce moment-là. Il est extrêmement important que tous les membres du personnel concernés aient suivi une formation et possèdent de l'expérience en intervention de crise non violente.

---

[9] Tiré de *The Teacher's encyclopedia of behaviour management: 100 problems/500 plans* (p. 323-326, 328-331), de R.S. Sprick & L.M. Howard, 1995, Longmont, Colorado, Sopris West Inc.

- Réorientez les autres élèves. Préparez la classe pour les situations de crise afin que les élèves puissent suivre une routine en cas d'intervention entourant un élève particulier.
- Lorsque l'élève est retiré de la classe et placé dans un endroit précis, faites en sorte qu'il soit supervisé. Lorsque vous choisissez un endroit pour y placer l'élève retiré de votre classe, faites-le avec soin. L'endroit ne doit pas être intéressant ou ne doit rien renforcer en aucune façon. Un programme de supervision réciproque établi à l'échelle de l'école peut permettre de fournir une supervision adéquate. Par exemple, les élèves exclus sont placés dans une classe désignée, où ils peuvent être obligés de rédiger un rapport d'incident ou de faire un travail. Ces élèves doivent également être tenus responsables du temps et du travail manqués pendant qu'ils ne se trouvaient pas en classe.
- Planifiez la transition du retour en classe. La marche à suivre doit tenir compte de la durée pendant laquelle ces élèves seront sortis de la classe et déterminer quelles personnes discuteront du comportement des élèves pour les aider à reconnaître leurs comportements inappropriés et planifier un comportement différent à l'avenir. Pour en savoir plus au sujet des entretiens concernant le comportement et de la technique de résolution des problèmes, reportez-vous à la publication *Teaching for Student Differences*. Il s'agit du premier ouvrage de la série *Programmation à l'intention des élèves ayant des besoins spéciaux*, de la Special Education Branch de Alberta Learning, pages TSD.117–118; ainsi qu'à la publication *Teaching Students with Learning Disabilities*, page LD.215. Il s'agit du sixième ouvrage de la même série. L'entretien concernant le comportement peut inclure la rédaction d'un rapport d'incident. À ce moment-là, l'élève rédige un rapport sur l'incident, ce qui le force à accepter la responsabilité de ses actes. Les questions suivantes peuvent être posées :
  - Comment en suis-je arrivé là?
  - Que ferai-je la prochaine fois que je serai dans une situation semblable?
  - Maintenant, que dois-je faire pour résoudre le problème?

  L'élève doit ensuite dater et signer le rapport d'incident, de même que l'enseignant et peut-être même les parents.
- Établissez un système de consignation des registres et d'évaluation.
- Discutez avec l'élève des comportements qui posent des problèmes et du plan de comportement.
- Avant qu'une situation pour laquelle vous aurez besoin d'une aide supplémentaire ne survienne, faites un jeu de rôle avec le

personnel (et l'élève si possible). Grâce à cette composante essentielle, vous pourrez déterminer les difficultés imprévues, préparer des plans en cas d'urgence et inculquer de la confiance au personnel. N'oubliez pas que le travail d'équipe et la cohérence sont les clés de la réussite. Si l'enseignant n'a pas l'impression qu'il recevra l'aide requise, il ne passera pas nécessairement à l'action pour ce qui est des conséquences prévues pour les comportements inappropriés et graves.

L'efficacité du plan de comportement doit être revue. Il faut s'attendre à ce que les comportements inappropriés et graves deviennent moins fréquents. Cependant, si ces comportements graves persistent, il faut alors revoir l'efficacité du plan et des stratégies de comportement du PIP afin de déterminer les facteurs qui influencent le comportement. Est-ce que les interventions décrites dans le PIP donnent lieu à un changement de comportement positif? Est-ce que l'élève a l'occasion d'apprendre d'autres comportements positifs? A-t-il besoin d'un soutien plus poussé et d'interventions différentes? Quels sont les changements qui s'imposent?

**Autres élèves**

Il est important que tous les élèves aient l'impression que l'école est un milieu sécuritaire et accueillant. Habituellement, cela signifie qu'il doit y avoir une supervision constante à l'école et qu'il faut donner des instructions aux autres élèves de la classe. Les stratégies et suggestions suivantes aideront les élèves à avoir des interactions positives avec leurs pairs présentant un trouble des conduites.

- Faites apprendre les routines de la classe aux élèves, de même que les bons comportements à adopter lorsque vous vous occupez de l'élève présentant un trouble des conduites.
- Lorsque les élèves de la classe sont serviables et respectent les routines, récompensez-les et renforcez leur bon comportement.
- Expliquez aux élèves l'importance de fuir les affrontements susceptibles de dégénérer en agression.
- Montrez aux élèves à faire fi de l'élève présentant un trouble des conduites lorsqu'il se comporte mal.
- Encouragez les élèves à aller chercher de l'aide dès qu'ils ont l'impression de ne plus maîtriser la situation.
- Pour les travaux en équipe, placez, de manière stratégique, l'élève présentant un trouble des conduites avec des élèves qui

affichent un bon comportement. Il peut être utile de jumeler l'élève présentant un trouble des conduites à un modèle de comportement positif qu'il respecte.

- Incitez tous les élèves à faire partie de l'équipe de la classe de manière positive et à participer aux activités de l'école.
- Recourez à l'enseignement par les pairs et à la modélisation des rôles pour enseigner les comportements appropriés.
- Encouragez les pairs à renforcer, signaler, rappeler et soutenir les comportements positifs entre eux, en particulier dans le cas de l'élève présentant un trouble des conduites.
- Dissuadez les élèves de porter des chapeaux ou des blousons. Ils auront ainsi moins l'occasion de cacher des jouets, des objets pointus dans leurs vêtements.

**BIBLIOGRAPHIE**
(trouble des conduites)

**Sites Internet**

http://www.total.net/~ecolecom

http://adapt-scol-franc.educ.infinit.net

http//www.alaindoucet.qc.ca/

**Livres et revues**


BAUMIER, A. (1998). « Violence à l'école : la faute à qui? », *L'Express, 2433*, 10-15.

BESSON, C. (1996). « Plus de peur que de violence », *Vie et Santé, 1227*, 16-17.

BEVERLEY, H. J. (1996). *Comment s'y prendre avec des adolescents présentant des troubles du comportement à l'école*. Québec : École et comportement.

BORDELEAU, C. et L. MORENCY. (1999). « L'activité sportive et la relation d'aide comme outil de prévention de la violence en milieu scolaire », *La Revue canadienne de psycho-éducation, 28*, 41-67.

CÔTÉ, C. (1995). *Prévenir la violence dans les écoles : idées et références*. Montréal : Guérin.

FORTIN, J. (1997). « Prévenir la violence à l'école : un nouveau défi pour les enseignants », *Prisme, 7*, 476-492.

GABOURY, L. (1997). « Le taxage en 5 questions », *Coup de pouce, 14*, 177-178.

JANOSZ, M. (1993). « L'intervention psychoéducative et la violence à l'école secondaire : Intervenir sur l'individu ou sur son milieu », *La Revue canadienne de psycho-éducation, 22*, 33-55.

JOYEUX, Y. (1996). *L'éducation face à la violence : vers une éthique de la gestion de classe*. Paris : ESF.

LEPAGE, A. M. (1995). « La tendresse à l'école : une solution aux problèmes de violence? », *Vie pédagogique, 96*, 14-15.

MICHALSKI, S. (1995). *Violence et délinquance en milieu scolaire : guide de prévention pour les intervenants*. Montréal : Logiques.

PHARAND, J. (1998). « L'école à l'heure des changements », *Psychologie préventive, 33*, 6-16.